

Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar

Szociológia Doktori Iskola

Kiss László

A magyar közegészségügy fejlődése a közegészségügyi gondolkodás kialakulásától az állami közegészségügyi rendszer kiépítéséig

Doktori (PhD) értekezés

Konzulens: Gyáni Gábor

egyetemi tanár,

az MTA levelező tagja

2015

## Tartalom

Ábrák és táblázatok jegyzéke .....	4
Historiográfiai bevezetés .....	6
A modern közegészségügyi gondolkodás megjelenése .....	14
A járványok alakulása a 19. században – a visszavonuló pandémiák .....	28
Az egészségvédelem szervezete és intézményei .....	36
Az 1876-os közegészségügyi törvény és előzményei .....	36
A „társadalom kora” a hazai közegészségügy történetében és a prevenció fogalomkörének megjelenése .....	42
Az egészségügyi prevenció első országos szervezője: Az Országos Stefánia Szövetség ....	45
A csecsemőhalandóság alakulása .....	54
A közegészségügy és az egészségvédelem állami szervezése – Az Országos Közegészségügyi Intézet megalakítása .....	61
Az egészségügyi propaganda .....	66
A vidéki közegészségügyi munka szervezése – a mintajárások .....	69
Az zöldkeresztes egészségvédelmi rendszer kiépítése – egészségvédelmi körök és munkájuk .....	72
Az OKI oktatási tevékenysége .....	75
A zöldkeresztes védőnők .....	83
A zöldkeresztes akciók .....	86
Szervezetek harca az egészségvédelemért .....	89
Az OKI az állami egészségvédelmi munka központja .....	93
Társadalombiztosítás és „társadalmi” ellenőrzés .....	101
Iparegészségügy és munkásvédelem .....	106
A magyarországi kórházrendszer kialakulása .....	111
A kórházrendszer előzményei .....	111
Az állami beavatkozás kezdetei és a minősítési rendszer kialakulása .....	112

Kórházak a dualizmus korában.....	115
Az állami kórházak és finanszírozásuk a dualizmusban.....	118
Országos kórházak.....	120
A kórházügy alakulása az első világháború után.....	121
A „második” kórházépítési program .....	124
A kórház-minősítési rendszer átalakulása .....	126
Az elmebetegek ápolása .....	133
A kórházak száma és megoszlása Magyarországon – egy kis forráskritika.....	138
A morbiditás és a mortalitás alakulása .....	145
Az egészségi állapot leírásának határai .....	145
Mortalitási és morbiditási statisztikák a 20. században .....	148
Fertőző betegségek .....	151
Az első számú népbetegség: a tuberkulózis.....	151
Hastífusz és vérhas.....	164
A „gyermekfertőző” betegségek .....	173
Az influenza .....	182
A malária.....	184
A nemi betegségek .....	191
A kiütéses tífusz .....	202
A nép szembetegsége: a trachoma .....	205
Egyéb fertőző betegségek .....	211
Daganatos és keringési betegségek.....	212
Általános betegségstatisztikák .....	218
Összegzés .....	223
Irodalom .....	228

## Ábrák és táblázatok jegyzéke

1. ábra A Stefánia-fiókszövetségek számának alakulása (1923–1939) .....	50
2. ábra A Stefánia Szövetség által alkalmazott orvosok száma .....	52
3. ábra A Stefánia Szövetség által alkalmazott anya- és csecsemővédőnők száma .....	53
4. ábra A Stefánia Szövetség által szervezett anya- és csecsemővédőintézetek számának alakulása (1923–1939).....	54
1. táblázat Néhány európai ország csecsemőhalandóságának alakulása (száz élveszülettre) .....	55
5. ábra A csecsemőhalandóság alakulása Magyarországon (száz élveszülettre) .....	56
2. táblázat A csecsemőhalandóság korcsoportok szerint 100 élveszületésre .....	59
6. ábra A csecsemőhalandóság Magyarországon a Stefánia Szövetség működésének tükrében (1923–1939) .....	60
7. ábra A zöldkeresztes egészségvédelmi körzetek számának alakulása .....	73
8. ábra A zöldkeresztes egészségvédelembe beszervezett lakosok száma .....	73
3. táblázat Az ápolószemélyzet megoszlása képzettség szerint 1929-ben.....	80
4. táblázat Az ápolószemélyzet képzettségi szintje kórháztypusonként 1929-ben (%).....	80
9. ábra A zöldkeresztes védőnők létszámának alakulása .....	85
5. táblázat A zöldkeresztes védőnők havi törzsfizetése szolgálati éveik szerint (1938. január 1. után) .....	85
10. ábra A zöldkeresztes egészségvédelem Magyarországon (1942).....	98
11. ábra Tüdőbeteggondozó intézetek Magyarországon .....	100
12. ábra Nemibeteggondozó intézetek Magyarországon (1942) .....	101
13. ábra Az állami kórházakra fordított kiadások az összköltségvetés %-ában (a klinikák és bábaképzők, valamint a börtönkórházak nélkül) .....	119
7. táblázat Kórházak kihasználtsági mutatói 1922-ben .....	123
8. táblázat „Nem állami kórházak karbahelyezésére” elkülönített összeg a NMM költségvetésében (1926/27–1932/33) (Pengő) .....	125
37. ábra Az állami kórházakra jutó beruházások aránya az összes állami beruházáson belül (%) .....	125
9. táblázat Állami beruházások és a kórházakra szánt beruházások (Pengő) .....	126
10. táblázat Magyarországi kórházak száma kórháztypusok szerint .....	128
15. ábra Kórházhiányos területek az ország középső részén.....	129
16. ábra Százezer főre jutó kórházi ágyak száma 1940-ben régióként .....	130
17. ábra Az állami kórházakra jutó kiadások az összköltségvetés %-ában (a klinikák és bábaképzők, valamint a börtönkórházak nélkül).....	131
11. táblázat Kórháztypusok főbb adatai 1941-ben .....	132
12. táblázat Kórházak száma kórháztypusonként a Statisztikai Évkönyv és a Tiszti Cím- és Névtár szerint ....	141
18. ábra A kórházak száma a két világháború között a Statisztikai Évkönyv adatai szerint .....	143
19. ábra Halálozás Magyarországon 1919–1943 (ezer főre) .....	146
13. táblázat Az egyes életkorokban még várható élettartam (1930–31).....	147
20. ábra Orvos és nem orvos halottkémek által megállapított halálokok aránya a két világháború között ..	150
21. ábra A tuberkulózishalandóság alakulása Magyarországon (ezer főre).....	153
22. ábra A tüdő-tuberkulózis mortalitási aránya Magyarországon (ezer főre) .....	153
14. táblázat Tbc-halandóság törvényhatóságtypusok szerint (ezer főre) .....	154
23. ábra Tbc-halálozás Magyarországon az 1920-as évek elején.....	155
24. ábra Tbc-halálozás Magyarországon az 1930-as évek végén .....	155
15. táblázat Magyarország tüdővész-halandósága foglalkozási főcsoportok szerint 1909–12-ben (ezer főre) .....	160
16. táblázat Magyarország összes tbc-halálozása foglalkozási főcsoportok szerint (ezer főre) .....	161

25. ábra A hastífusz- és a vérhas-halálozás arányának alakulása Magyarországon (ezer főre).....	165
26. ábra A hastífusz-halálozás negyedéves megoszlása százalékokban .....	166
8. ábra A vérhas-halálozás negyedéves megoszlása százalékokban.....	166
28. ábra Hastífusz megbetegedések Magyarországon 1941-ben .....	173
29. ábra A négy legfontosabb gyermekfertőző betegség mortalitásának alakulása Magyarországon (ezer főre) .....	178
30. ábra Vörhenyhalálozások negyedévenkénti megoszlása százalékokban .....	179
31. ábra Kanyaróhalálozások negyedévenkénti megoszlása százalékokban .....	180
32. ábra Diftéria-halálozások negyedévenkénti megoszlása százalékokban .....	180
33. ábra Az influenzahalálozás Magyarországon (ezer főre) .....	183
34. ábra Az influenzahalálozások negyedévenkénti megoszlása százalékokban .....	184
35. ábra A malária elterjedése Magyarországon a 20. század első éveiben .....	187
36. ábra A malária elterjedése Magyarországon 1942-ben .....	189
17. táblázat Nemi betegségek a törvényhatósági jogú városokban (1928, ezer főre) .....	196
18. táblázat Nemi betegségek gyakorisága foglalkozási csoportok szerint a férfiaknál (1928-ban, ezer főre).....	197
19. táblázat A nemi betegek korcsoport szerinti megoszlása (1928-ban, százalékokban) .....	197
37. ábra A „határozottan trachomás” betegek száma Magyarországon a két világháború között .....	207
38. ábra A fertőző betegségek százalékos aránya az összhalálozáson belül .....	213
39. ábra Daganatos és keringési betegségek százalékos aránya az összhalálozáson belül .....	213
40. ábra A daganatos és a keringési betegségek mortalitásának alakulása Magyarországon (ezer főre) .....	214
20. táblázat A daganatos betegségek által okozott elhalálozások 1909–12-ben és 1930–31-ben (ezer főre) .....	215
21. táblázat Vérkeringési szervek betegségei okozta halálozások foglalkozási főcsoportok szerint (1930–31, ezer főre) .....	217

## Historiográfiai bevezetés

Az egészségügy, az orvostudomány történetét, egyes társadalmi csoportok egészségügyét, társadalmi jelenségek egészségügyi vonatkozásai rendkívül sok szempontból közelíthetők meg. Tudománytörténeti-orvostörténeti szempontú, biográfiákra épülő megközelítésű, művelődés- vagy társadalomtörténeti, esemény- vagy intézménytörténeti vizsgálatok egyaránt hozzájárulnak az orvosi tudásról, az egészségügyi intézményekről, eseményekről, az „egészségügyről”, annak történeti dimenziójáról való tudásunk alakulásához.

Historiográfiai áttekintésemben megpróbálom felvázolni az általam azonosított egyes megközelítésmódokat, az egyes megközelítésmódokhoz kötődően röviden ismertetem a fontosnak, kiemelkedőnek ítélt szerzőket, munkákat, végül megkísérlem elhelyezni saját dolgozatomat az így kijelölt mezőben.

Ha az egészségügy történeti megközelítésében gondolkodunk, első körben nagy valószínűséggel az orvoslás története, az orvostudomány története fog eszünkbe jutni, mint lehetséges közelítési mód. Az orvostudomány története, amely elsőre viszonylag kompakt és könnyen körbeírható területnek tűnik, valójában meglehetősen bonyolult, rendkívül szerteágazó témákat felölelő diskurzív tér, melyben a megközelítési, vizsgálati szintek száma is jelentős, az egyedi esetbemutatóktól a szintetizáló tudománytörténeti munkákig terjedhet. Az orvostudomány-történeti megközelítés sajátos jegyének nevezhetjük, hogy a tudomány történeti alakulásával, egy-egy paradigma történetével vagy a paradigmák változásaival, esetlegesen egy-egy múltbéli elemének (legyen az egy esemény, egy eljárás, egy kiemelkedő személy vagy egy intézmény) bemutatásával kíván foglalkozni. A megközelítés célja a bemutatott tárgy elhelyezése az orvostudomány-történeti diskurzusban. Elemzési eszközei az orvostudomány területéről származnak, az orvostudomány szemszögéből nézve ítéli meg, minősíti tárgyát, annak szerepét elsősorban a saját diszciplína alakulása szempontjából értelmezi. Jellemzően nem nyúl más szakterületek (közgazdaságtan, szociológia, filozófia) elemzési eszközeihez, nem keres analógiákat más területekkel; témaválasztása és vizsgálati fókusza eszközeit és értelmezési kereteit is nagyrészt meghatározza.

A szintetizáló igénnyel fellépő munkák közül kiemelhetjük a címválasztásukkal is programadó „Az orvostudomány története” könyveket, Mayer Ferenc Kolos 1927-es, Székely

Sándor 1960-as és Benke József 2007-es munkáit.<sup>1</sup> A három különböző történelmi korban született mű értelemszerűen magán hordozza korának sajátosságait, nemcsak a téma orvosi kifejtésében és értelmezésében, hanem a vizsgálati csomópontok kialakításában is.

A tudománytörténeti-orvostörténeti megközelítés az egyes résztudományok vagy „szakágazatok” (szemészet, fogászat, sebészet, stb.) történetét bemutató munkákban is jól látható. Az adott tudományterület kialakulásának története, az alkalmazott eszközök, eljárások, azok technikai jellegű változásának végigkövetése, a területre vonatkozó orvosi ismeretek alakulása, intézménytörténeti, speciálisan a terület oktatására, annak történetére vonatkozó elemek, esetlegesen a részterület elhelyezése az orvostudomány szélesebben értelmezett terében – ezek azok a főbb vizsgálati, elemzési szempontok, amelyek kijelölik a munkák irányát, meghatározzák kereteiket.

Azért időztem el hosszabban a klasszikus orvostudomány-történet munkáinál, mert az ilyen megközelítésű munkák kiemelkedő fontossága azon túl, hogy viszonylag egységes keretbe szervezve bemutatják egy diszciplína (ki)alakulását, változásait, tudományos-technikai fejlődését, abban rejlik, hogy saját megközelítésükön túlnyúló jelentéstartalmakat is hordoznak, illetve további elemzések alanyaivá tehetők. Az orvostudományi területen lezajlott diskurzusok elemzése, a tudományos ismeretek megjelenésének és terjedésének módja, a technikai elemek változásainak története kultúrtörténeti, társadalomtörténeti, vagy akár tudományfilozófiai szempontból is rendkívül fontos alapismeret-kört biztosíthatnak. Ez egyben azt is jelenti, hogy a tudománytörténet és kultúrtörténeti megközelítések között nem feltétlenül érdemes, és nem is lehetséges éles választóvonalat húzni.

Az orvostudomány történetét természetesen nem csak az orvosi tudás, az orvosi eljárások történetéből lehet levezetni. Az „orvostörténet-írás” egy másik fő csoportját az egészségügyi, orvosi intézmények történetét, a szabályozás és az igazgatás történetét központba állító munkák adják. Magyarországon kifejezetten nagy hagyománya van az egészségügyi intézményrendszer történetét bemutató írásoknak – gondolhatunk itt Hahn Géza 1960-ban megjelent szintetizáló igényű munkájára, *A magyar egészségügy története*-re, vagy a Bezerédyné Hertelendy Magdolna, Hencz Aurél és Zalányi Sámuel által jegyzett *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért* című kötetre. Bár mindkét könyv erősen magán viseli az adott korszak ideológiájának nyomait, megállapításaikat így érdemes erős kritikával kezelni,<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Mayer 1927; Székely 1960; Benke 2007

<sup>2</sup> Utóbbi esetében érdekes kérdésnek tűnik, hogy véletlen vagy szándékolt-e az áthallás Mód Aladár történetírás-meghatározó munkájára, a „400 év küzdelem az önálló Magyarországért”-ra.

a magyar egészségügytörténet-írás meghatározó munkáinak tekinthetők – a hangsúlyos intézménytörténeti részek mellett egészségügy-statisztikai, továbbá (a kritika által legerősebben érintendő) társadalom- és gazdaságtörténeti elemek is felbukkannak bennük.

Az intézménytörténeti írások döntően helytörténeti vonatkozású, sajátos, markáns csoportját jelentik a különböző kórháztörténeti kiadványok. A kötetek jellemzően egy-egy kórház alapításától kiindulva követik végig az intézmény történetét, betegstatisztikai, gazdálkodási, alkalmazotti létszámadatokat, szabályzatokat közölnek, az intézmény épületeinek, berendezéseinek, ellátottságának történeti fejlődését követik végig. A monografikus igényű vagy gyűjteményes kórháztörténeti köteteken, kiadványokon túl természetesen a kisebb léptékű, folyóiratokban vagy szélesebb fókuszú gyűjteményes kötetben közölt kórháztörténeti irodalom is jelentős. A műfaj régen sem volt ismeretlen. 1908-as kiadású Bíró Ede *A m. kir. budapesti Honvéd Helyőrségi Kórház története tízéves fennállása alkalmából és emlékére 1898-1908* című munkája, Guszman József: *A budai Régi Szent János Kórház krónikája* című könyve pedig 1923-ban jelent meg.<sup>3</sup>

1967-ben jelent meg Hollán Henrik komoly könyvtári és levéltári kutatómunkára támaszkodó *A Rókus Kórház története – Adatok és szemelvények a Szent Rókus Közkórház és fiókjai alapításának és fejlődésének történetéből* című munkája,<sup>4</sup> a műfaj mindazonáltal csak az 1970-es években vett lendületet. Ennek háttérében az 1970-ben újjáalakult Magyar Kórházszövetség által szervezett tudományos tevékenység állt, amely az egyes kórházak fejlődésével, munkásságával kapcsolatos tudományos munkák, tájékoztató anyagok, elsősorban a kórházak múltjával, történetével foglalkozó kiadványok megjelentetésének támogatását eredményezte. Helytörténeti vonatkozásaik mellett az egyes egészségügyi intézmények működését, a központi előírások, standardok és a helyi szint viszonyát is vizsgálni lehet általuk. Az intézményi iratok feldolgozásán, statisztikák, alkalmazotti névsorok közlésén túl a legtöbb kiadvány – a helytörténeti irodalom hagyományaihoz igazodva – személyes közléseken alapuló, máshol el nem érhető információkat is tartalmaz.

A hazai egészségügytörténet-írás műhelyei közül kiemelkedik a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár. Mint az intézmény neve is jelzi, elsősorban „orvostörténeti” kutatásokat folytatnak, tevékenységük az orvoslás, az orvosi kar, az egészségügyi intézményrendszer történetének feldolgozására, továbbá orvosi életpályák ismertetésére, az

---

<sup>3</sup> Bíró 1908, Guszman 1923

<sup>4</sup> Hollán 1967



egészségügy, az orvoslás kiemelkedő személyiségeinek bemutatására irányul. Kapronczay Károly, Szállási Árpád, Karasszon Dénes, Schultheisz Emil és az intézethez kötődő többi orvostörténész munkásságának részletezése természetesen szétfeszítené historiográfiai bevezetőnk, így erre nem is törekedhetünk. Munkáikat, szemléletüket, kutatási koncepcióikat a művelődéstörténet és az esemény-, illetve intézménytörténet határmezsgyéjére helyezhetjük.

Az intézménytörténeti és a művelődéstörténeti megközelítés is lehetővé teszi az orvostörténet-írás számára a rendkívül fontos feltáró, dokumentáló tevékenységet. A Kapronczay Károly által jegyzett *Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből* című kötet<sup>5</sup> tematikusan, részterületekre bontva (közegészségügy, iparegészségügy, település-egészségügy, fogorvoslás, kórházak, fürdők, járványok, orvostársadalom, orvosi szaksajtó stb.) mutatja be a hazai egészségügy alakulásának csomópontjait, intézményeinek fejlődését, az intézménytörténet mellett társadalomtörténeti, gazdaságtörténeti, művelődéstörténeti elemeket is felvonultatva, az egyes részterületeket szerkezetéből fakadóan elszigetelten kezeli, egységes fejlődési ív vázolására nem vállalkozik. Hasonló alapokon épül fel a Gazda István által szerkesztett *A magyarországi közegészségügy szakterületeinek történetéből, 1876-1944. A magyar orvostársadalom, településegészségügy, járványügy, nemibetegségek, kórházügy, ápolásügy, mentésügy, ipar- és munkaegészségügy, alkoholizmus, dohányzás, anya- és csecsemővédelem, iskolaegészségügy, sportegészségügy, biztosításügy* című tanulmánykötet<sup>6</sup> is.

Az intézménytörténeti alapon közelítő legújabb munkák közül megemlítenéd Kalakán László Pécsi Tudományegyetemen megvédett doktori disszertációja, amely egy általánosabb egészségügyi intézménytörténet felvázolása után a budapesti légoltalmi egészségügyi szolgálat kiépülését és működését mutatja be.<sup>7</sup> Az intézménytörténeten belül speciálisnak tekinthetők a kifejezetten az egészségügyi igazgatással, az igazgatás intézményrendszerével foglalkozó, gyakran alapvetően inkább jogtörténeti, mint egészségügy- vagy társadalom- és művelődéstörténeti megközelítésű munkák. Az újabb egészségügyi igazgatás-történeti munkák közül Lomnici Zoltán *A közegészségügy kialakulásának történeti vizsgálata a kezdetektől a XVIII. századig* című munkáját,<sup>8</sup> Pálvolgyi Balázs ELTE-ÁJK-n megvédett *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere (1867-1914)* című doktori

---

<sup>5</sup> Kapronczay 2001a

<sup>6</sup> Gazda 2010

<sup>7</sup> Kalakán 2012

<sup>8</sup> Lomnici 2011

disszertációját,<sup>9</sup> illetve Feith Helga Judit *Magyar egészségügyi hatósági igazgatás szervezeti modelljei a XVIII. századtól napjainkig* című tanulmányát<sup>10</sup> emelhetjük ki.

Mind az intézménytörténet, mind a társadalom- és művelődéstörténet oldaláról több munka (tanulmány, monográfia) foglalkozik az egészségügy egyes részterületeivel, ezen belül az ipar- és munkaegészségüggyel, egyes kiemelt demográfiai csoportok egészségügyével, egyes egészségügyi foglalkozások történetével, az egészségügyi-orvosi képzés(ek) történetével. Az egyes egészségügyi foglalkozások, illetve a hozzájuk kapcsolódó képzések közül természetesen az orvosok és az orvosképzés története említendő meg először – ezen a területen a korábban már említett Semmelweis Orvostörténeti Múzeum kutatói mellett Kovács M. Mária munkássága jelentős, az újabb írások közül Simon Katalinnak az orvosok professzionalizációjával foglalkozó tanulmányát kell kiemelni.<sup>11</sup>

Az egészségügyi védőnőkkel kapcsolatosan Kahlichné Simon Márta,<sup>12</sup> az ápolónőképzésről Kapronczay Károly írt alapos, döntően intézmény- és oktatástörténeti megközelítésű munkákat,<sup>13</sup> a bábák szerepéről és feladatáról Krász Lilla és Deáky Zita művelődéstörténeti és társadalomtörténeti alapozású írásait<sup>14</sup> kell kiemelni. A gyógyszerészet, a gyógyszerek történetét, a gyógyszerészeti oktatást Kempler Kurt,<sup>15</sup> majd újabban társadalomtörténeti alapossággal Magos Gergely<sup>16</sup> és Romhányi Ágnes dolgozta fel, a pszichiátria történetének szociológiai-társadalomtörténeti vizsgálata Lafferton Emese munkásságához<sup>17</sup> köthető. Sajátos szempontból, az orvosi sajtó felől közelítve vizsgálta a 19. század második felének közegészségügyi viszonyait Gracza Tünde *Magyarország közegészségügyi állapota a korabeli magyar orvosi szakfolyóiratok tükrében* című doktori értekezése.<sup>18</sup>

A környezet-egészségügy egyes aspektusai közül a lakáskérdés, az ivóvíz-szolgáltatás és csatornázás, a szemétkelés számít a legjobban feldolgozott területnek. A víz egészségügyével kapcsolatban a helytörténeti monográfiák,<sup>19</sup> illetve a kifejezetten a vízhasználat társadalmi vonatkozásaival foglalkozó *Víz és társadalom Magyarországon a*

---

<sup>9</sup> Pálvölgyi 2006

<sup>10</sup> Feith 2012

<sup>11</sup> Simon 2010

<sup>12</sup> Kahlichné 2015

<sup>13</sup> Kapronczay 1992; Kapronczay 2001b; Kapronczay 2005

<sup>14</sup> Krász 2003; Deáky 1996

<sup>15</sup> Kempler 1984

<sup>16</sup> Magos 2010, Magos 2011; Romhányi 2012

<sup>17</sup> Lafferton 2003

<sup>18</sup> Gracza 2000

<sup>19</sup> Például Sugárné 2000; Melega 2013

*középkortól a XX. század végéig* című kötet egyes tanulmányai<sup>20</sup> nyújtanak értékes társadalomtörténeti információkat, a (fővárosi) szemétkézelésről pedig Umbrai Laura írt rendkívül alapos történeti monográfiát.<sup>21</sup> Fontos kérdést vizsgál Kapronczay Károly is *A hazai vízszabályozások hatásai a magyar közegészségügyi állapotra* című írásában.<sup>22</sup>

Az iparegészségügyről, az ipari munkásvédelemről megjelent legújabb munka Bódy Zsombor *Az ipari munka társadalma. Szociális kihívások, liberális és korporatív válaszok Magyarországon a 19. század végétől a második világháborúig* című monográfiája. Utóbbi téma már át is vezet bennünket az egészségügy történetének rendkívül fontos, a szociálpolitikával érintkező határterületére, a társadalombiztosítás történetébe. A társadalombiztosítás története a szociálpolitika (és az egészségügy) talán legjobban feldolgozott elemei közé tartozik. Laczkó István 1960-as években írott munkái<sup>23</sup> a korábban Hahn Géza és a Bezerédyné és munkatársai könyve kapcsán már említett erős kritikával intézmény- és eseménytörténeti alapozásul szolgálhatnak, az újabb feldolgozások (mindenekelőtt Tomka Béla, Bódy Zsombor, Egresi Katalin, Hámori Péter, Göndör Éva, Cora Zoltán, Simonik Péter írásai) pedig a hazai szociálpolitika történetének sok szempontú, a társadalomtörténettől a jog- és igazgatástörténetig terjedő, részletes elemzését nyújtják.<sup>24</sup>

Az egészségügy történetének historiográfiai áttekintéséből nem hiányozhatnak a demográfia, közelebbről a történeti demográfia eredményei sem. B. Lukács Ágnes, J. Fráter Zsuzsanna, Máдай Lajos, az újabb szerzők közül Faragó Tamás, Őri Péter, Straub Ilona, Józán Péter munkái a járványokkal és más „humanitárius katasztrófákkal”, halálozással, népesedéssel kapcsolatos statisztikai adatközlésen túl forráskritikai szempontból is kiemelkedőek. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet *Történeti Demográfiai Évkönyv* sorozata hat kötetben 2000 és 2008 között jelent meg, számos demográfiai megközelítésű egészségügy-történeti tanulmánynak is helyt adva.<sup>25</sup>

A historiográfiai bevezetés célja természetesen nem önmagában az, hogy képet adjak vele az egészségügy-történet egyes szegmenseinek irodalmáról, hanem hogy segítségével egyrészt

---

<sup>20</sup> Bodovics 2014; Ö. Kovács 2014

<sup>21</sup> Umbrai 2014

<sup>22</sup> Kapronczay 2004

<sup>23</sup> mindenekelőtt Laczkó 1968

<sup>24</sup> A teljesség igénye nélkül néhány újabb, a társadalombiztosítás kérdésével foglalkozó szakirodalom: Bódy 2001; Bódy 2004; Cora 2013; Egresi 2008; Göndör 2010; Göndör 2011; Gyáni 1999; Hámori 2003; Hámori 2004; Hámori 2006; Igazné 2006; Simonik 2009; Tomka 2003.; Tomka 2012; Ungváry – Varga 2007; Zimmermann 2001.

<sup>25</sup> Többek között: Daróczi 2001; Gárdos – Joubert 2001, Mohos 2001, Straub 2001; Faragó 2006; Őri 2006; Géra 2006

megkísérlejem indokolni értekezésem témaválasztását, másrészt elhelyezni saját munkámat a témáról folyó szaktudományos mezőben.

Amint az a historiográfiai áttekintésből is látszik, egyes részterületek ugyan meglehetősen jól feldolgozottak, de nem született még a magyar közegészségügy történetét szisztematikusan feldolgozó monográfia. Az eddigi a közegészségügyet, a prevenciós intézményrendszert, a népesség demográfiai viszonyait (mindenekelőtt a morbiditást és a mortalitást) érintő tanulmányok, könyvek a megközelítés szempontjából heterogénnek mondhatók. Az intézmény- és igazgatástörténeti áttekintés a leggyakoribb, de találkozhatunk a társadalom- és a művelődéstörténet, illetve ritkábban a gazdaságtörténet szemszögéből vizsgálódó írásokkal is.

Munkám a közegészségügyi intézményrendszer magyarországi fejlődésének, az egyes betegségek alakulásának több szempontú elemzését kívánja nyújtani. Az esemény- és intézménytörténeti, statisztikai, illetve demográfiai jellegű feldolgozáson túl kísérletet kívánok tenni a téma szociológiai-társadalomtörténeti megközelítésére is. A nyugat-európai egészségügytörténet-írásban már régóta jelen vannak a Michel Foucault filozófus-eszmetörténész szemléletmódjára építő, a történeti eseményeket, szabályozási-igazgatási elemeket társadalmi „motívumként” értelmező, azokat mélyebb társadalmi-társadalomszerveződési keretben vizsgáló munkák. A foucault-i „motivikus történetírás” sajátossága, hogy – mint azt Foucault-ról szóló monográfiájában Sutyák Tibor megfogalmazta – „úgy kezel eseményeket, eljárásokat, forrásokat, mintha irodalmi szövegeket vagy képzőművészeti alkotásokat elemezne”.<sup>26</sup>

A foucault-i nézőpont, a mögöttes társadalmi sémák, az ellenőrző és büntető, valamint „normalizáló” funkciók működéséről írott, illetve az orvosi tudás alakulását és fejlődését társadalomfilozófiai szempontból elemző munkák<sup>27</sup> jó, és talán kijelenthetjük, szükséges kiindulópontjai egy, a közegészségügy történetével foglalkozó elemzésnek, munkám során azonban nem tudok és nem is kívánok teljes mértékben ennél a megközelítésnél maradni. Foucault maga is beismeri, hogy az elméletalkotás során nem mindig veszi figyelembe az elméletnek esetlegesen ellentmondó tényeket, nem feltétlen híve a „rigorózus” történetiségnek, a tények pontos és aprólékos bemutatásának.<sup>28</sup> Tekintve, hogy munkám célja a hazai közegészségügyi intézményrendszer (ki)alakulásának tényszerű bemutatása is, a

---

<sup>26</sup> Sutyák 2007, 34.

<sup>27</sup> Foucault 1990, Foucault 2000

<sup>28</sup> Sutyák 2007, 35.

mögöttes sémák keresésén és bemutatásán túl már el kell szakadnom Foucault-tól és a megközelítése által nyújtott szabadabb értelmezési keretektől, és a megkerülhetetlen intézmény- és igazgatástörténeti, illetve társadalom-és népességstatisztikai nézőpont kívánalmait is érvényre kell juttatnom.

Szükséges néhány szót ejtenem munkám főbb forrásairól is. A dolgozat legnagyobb részét a kor egészségstatisztikai irodalma által összegyűjtött felméréseken, adatbázisokon, interpretációkon alapul. A betegségi és haláloki struktúra ábrázolásához a *m. kir. Központi Statisztikai Hivatal Évkönyveiben* megjelent adatsorokat összesítettem és egészítettem ki a nagyszámú egészségügyi, statisztikai, társadalompolitikai szaklap (elsősorban a *Magyar Statisztikai Szemle*, a *Statisztikai Negyedévi Közlemények*, a *Népegészségügy*, az *Orvosi Hetilap*, az *Egészségpolitikai Szemle*), valamint az egyéb egészségstatisztikai irodalom (Kőrösi József, Szél Tivadar, Petrilla Aladár, Melly József és mások munkái) adatközléseivel, elemzéseivel.

Az intézményrendszer kiépülése, az ezzel kapcsolatos folyamatok ábrázolásához több, egymástól független forrástípust is használnom kellett. A statisztikai közléseken túl fontos adatforrást jelentettek az éves költségvetések részletei, valamint az egyes szakmai szervezetek, intézmények saját kiadványai, iratai. Ebben az esetben is szembesülnöm kellett a statisztikai adatközlések, a statisztikai irodalom által használt kategóriák értelmezésének nehézségeivel, a fogalmi problémákkal, ezt a kérdést bővebben ugyancsak egy forráskritikai alfejezetben fejtem ki.

## A modern közegészségügyi gondolkodás megjelenése

A közegészségügy történetét bemutató munkát értelemszerűen a közegészségügy fogalmi definíciójával, meghatározásával kellene kezdeni. Ezen a ponton máris váratlan nehézségbe ütközünk: a közegészségügynek nincs egységesen, különösen nem nemzetközi szinten is azonos módon használt fogalma, elfogadott definíciója. A Magyar Higiénikusok Társasága 38. vándorgyűlésén Ócsai Lajos így fogalmazott: „a közegészségügy és rokonfogalmainak nincs egységes, mindenki által elfogadott értelmezése még elméleti szinten sem.” Az MHT természetesen elsősorban az aktuális feladatellátás és az ÁNTSZ működése szempontjából látta veszélyesnek a definíció hiányát, a tárgykörben kiírt 2009-es pályázata („A közegészségügy fogalmának egységes meghatározásáról”) is ennek a működést és feladatértelmezést hátráltató gyakorlati problémának az elhárítását szolgálta.<sup>29</sup> A pályázatra beérkezett pályaművek a közegészségügy történeti bemutatásával próbálkozók számára is rendkívül hasznosak, hiszen kijelölnek egy olyan keretrendszert, amelybe tartozó diszciplináris elemek, intézmények, hálózatok fejlődése a kutatás témájának elsődleges közelítésében segíthet.

A pályázaton I. díjat nyert munka, Nagy Csilla és Juhász Attila írása a közegészségügy fogalomtörténeti áttekintését is tartalmazza.<sup>30</sup> Itt máris szembesülünk a történetiséggel kapcsolatos első kérdéssel: mikortól lehet „közegészségügyi gondolkodásról” beszélni? A témával foglalkozó nemzetközi szakirodalom teljesen eltérő kiindulópontokat választ, ami nem is csoda, hiszen bizonyos típusú „egészségügyi”, illetve a társadalom, az emberek és az egészség (illetve a betegségek) viszonyával, a folyamatok összefüggéseivel foglalkozó gondolatok, ezekre épülő törvényi szabályozások, előírás-gyűjtemények már az ókorban is léteztek.<sup>31</sup> Nyilvánvalóan túlzás lenne azonban az ókori Athén vagy Róma ilyen témájú intézményrendszeréből eredeztetni a modern, vagy legalábbis modernnek nevezett közegészségügyi gondolkodást. Hasonlóképpen a középkori államok, középkori helyi közösségek életében, működésében is felfedezhetők olyan elemek, amiket ha megszorításokkal is, de kapcsolatba hozhatunk a „közegészségüggyel” – a járványok elleni védekezési kísérletek, az orvosi szakma meghatározására irányuló próbálkozások, a gyógyszerek és egyéb vegyi anyagok kezelésének szabályozásai.

---

<sup>29</sup> Páldy 2009

<sup>30</sup> Nagy – Juhász 2009

<sup>31</sup> Brockington, 1956; Rosen 1993; Porter 1999

Valami azonban még itt is hiányzik ahhoz, hogy „közegészségügy”-ként tekinthessünk az egymással laza kapcsolatban álló, vagy éppen egymástól független szabályozások, előírások rendszerére. Ez a valami a „társadalmi” elem megjelenése. Nem az egyes ember, nem is emberek meghatározatlan csoportjai, hanem a társadalom, mint ennél bonyolultabb entitás, a társadalmi jelenségek, folyamatok és az egészségügyi jelenségek kapcsolatának felismerése jelenti az egészségügyi gondolkodás „közösségivé”, „közegészségügyivé” válásának első lépését.

A 19. század második fele Európa-szerte az új szociális jellegű intézmények kialakításának, a modern gyáripari termelés által létrehozott újszerű társadalmi viszonyoknak megfelelő intézkedések megtételének időszaka. Szociális kérdés, szegényügy, egészségügy – megannyi terület, ahol új problémák, új kérdésfelvetések, új intézkedési feladatok és lehetőségek merültek fel. A nagyipari termelés előtérbe helyezte a munkásság szociális problémáit, a városi népesség gyors szaporodása új helyzet elé állította az egészségügyet, a városi munkásság megjelenése az igazgatást. Nem véletlen, hogy bármilyen kiindulópontot válasszanak is a közegészségügy-történeti cikkek, monográfiák, abban egyetértenek, hogy a „minőségi” változás, a fejlődés egyik mérföldköve az ipari forradalom korszakára esik. Itt egy újabb fontos kérdéssel találkozunk: a differenciált nyugati világ egyes államai többé-kevésbé eltérő utakat jártak be az egészségügyi gondolkodás társadalmi elemmel való bővítésében; lehet-e, kell-e élenjárókról, mintákról, kiemelkedő fontosságú országokról, más oldalról nézve pedig kiemelkedő fontosságú személyekről, hozzájuk kötődő elméletekről, ezekből következő szabályozási rendszerekről beszélni. Anglia szerepének fontosságáról minden nemzetközi szintű áttekintéssel foglalkozó monográfia megemlékezik.

Edwin Chadwick munkássága, a Chadwick-jelentés, valamint a nevéhez kötődő „sanitary idea” kétségkívül a modern közegészségügy kialakulásának fontos mérföldköve. Hatása is egyértelmű, az angliai nemzeti közegészségügyi szolgálat megalakításának első lépését, majd az 1848-as angol közegészségügyi törvény létrejöttének fontos előzményét jelentette. A jelentés óriási jelentősége abban rejlik, hogy kimutatja a szegénység (mint társadalmi jelenség) és az egészség összefüggését. Némiképp sommázva a jelentés tartalmát: a szegények egészségi állapota rosszabb, mint a gazdagoké, a nem megfelelő környezeti higiénia összefügg a dolgozó népesség rosszabb egészségével. Modern bakteriológiai ismeretek hiányában persze a betegségek okozóiként elsősorban a piszkot, a rothadó növényi és állati szöveteket, a posványokat, általában véve a miazmát és a „rossz kigőzölgéset” nevezte meg. Témafelvetése azonban már kijelölte azokat a fő csapásirányokat, amelyek

mentén a közegészségügyi gondolkodás – legalábbis annak „angol modellje” – fejlődésnek indulhatott, konkrétan a környezet-egészségügyet, ezzel összefüggésben az ipar-egészségügyet, valamint a „szegények” egészségügyének kérdését.

Chadwick az angliai higiéniai reform vezetője lett. Elmondható, hogy ez a reform alapozta meg Nagy-Britannia későbbi közegészségügyi fejlesztését, Chadwick volt a fő tervezője az 1848-as első Közegészségügyi Törvénynek is. A törvény az elérhető morbiditási és mortalitási adatok alapján megfogalmazta a legfontosabb közegészségügyi kérdéseket, és nemzeti, valamint helyi közegészségügyi tanácsokat hozott létre, kialakította a közegészségügyi felügyelők és tisztviselők rendszerét. A legfőbb közegészségügyi kérdésként a következőket jelölte meg: szegénység, lakáskörülmények, vízellátás, csatornázás, a környezet egészségügye, „biztonság” és táplálkozás.<sup>32</sup>

A vízellátás kérdésköre már hosszabb ideje foglalkoztatta az angol politikai közvéleményt, az első parlamenti vizsgálóbizottság 1828-ban alakult a vízellátás javítása érdekében, de ennek még csekély következménye lett. Chadwicknél is megjelenik a vízellátás kérdése, az egyes járványok terjedése és a vízellátás, vízhasználat mélyebb összefüggéseinek vizsgálata azonban már átvezet a közösségi környezethasználat, a közösségi szokások és az egészségügy területére. A vízhasználat és az egészségügy összefüggése azon területek egyike, amelyeken valamely társadalmi jelenség egészségügyre gyakorolt hatása túllép a Chadwick-jelentés érdeklődési körén, és nem csak a „szegényeket”, hanem a társadalom minden rétegét érintette teszi a folyamatokban. Súlyos tapasztalattá vált, hogy a közép- és felső osztályok higiénés körülményeinek viszonylagos megfelelősége önmagában nem véd meg a járványoktól – hiába használnak vízöblítéssel a gazdagok, ha a csatorna vize egyenesen a folyóba ömlik, és megfertőzi az ivóvizet, amit azután illegális vagy nem megfelelően ellenőrzött vízművek eljuttatnak a teljes lakossághoz. Ez volt a rendkívül súlyos 1866-os londoni kolerajárvány végkövetkeztetése.<sup>33</sup>

Anglia és az angol közegészségügyi modell mintaként tételezése meglehetősen általános a témával foglalkozók körében. Ez nem véletlen, hiszen a felsorolt beavatkozási területek kétségtől a modern közegészségügy alapterületeit is jelentik. Kérdés azonban, hogy elég-e ezen modellt a közegészségügy alapjának tekinteni, redukálható-e a közegészségügyi gondolkodás Chadwick munkásságára, korlátozható-e a közegészségügy története a

---

<sup>32</sup> Gorsky 2008

<sup>33</sup> Szreter 1988, 13.



Chadwick-modellben megjelenő területek és a hozzájuk kapcsolódó eszmék, illetve szabályozások fejlődésére, alakulására. A válasz – azt gondolom – nemleges, a társadalom és az egészségügy kapcsolatrendszere ugyanis bővebb, mint a környezet, illetve egyes társadalmi jelenségek egészségre gyakorolt hatása. Már a korszak Angliájában is széles a közösség egészségügyével foglalkozó kutatások köre, ezek a kutatások azonban ekkor még nagyrészt olyan területeken mozognak (például a betegségek terjedése, a járványok elleni védekezés hatékonysága, stb.), amelyek konkrét szaktudományos (orvosi-bakteriológiai) alapismeretek hiányában bizonytalanok, nem kellően megalapozottak.<sup>34</sup>

Az ipari forradalom, az ipari társadalommá való átalakulás időszaka sajátos módon tematizálta a közgondolkodást, a politika és a szakpolitikák – ezen belül az egészségpolitika – érdeklődését. Az angol közegészségügyi gondolkodás középpontjában az ipari népeiséget koncentráló területek, a városok, elsősorban pedig a főváros, London állt. A nem iparosodott térségek, illetve azok társadalmi folyamatai nem jelennek meg külön specifikumaik mentén a modellben, annak „tisztá” formájában. Jól látható ez a jelleg a vízfogyasztás szabályozásának történeti eseménysorában. Az 1871-es Metropolitan Water Act, amely kétségtől üttörő jelentőségű a környezet-egészségügyi gondolkodás és szabályozás történetében, a fővárosi vízellátás szabályozását végezte el. Az 1876-os Folyószennyezést megelőző törvény a gyárak, manufaktúrák tevékenységére vonatkozott, megtiltotta számukra, hogy szennyvizüket, szemetüket, salakjukat élővizekbe öntsék. Természetesen a törvényi szabályozások mindig jól mutatják, hogy egy adott korszakban mik voltak a társadalom által alkalmazott eljárások: a szemet, a tisztítatlan szennyvizet élővizekbe bocsátásának tiltása rámutat e tevékenység elterjedtségére. Nem véletlen, hogy a jelentések szerint 1874-re a Temze szennyezettsége elérte azt a fokot, ami már komoly egészségügyi veszélyforrást jelentett, de a többi folyó esetében is hasonló volt a helyzet, ráadásul a kutak vize is szennyeződött a nem megfelelő emésztőgödrök, csatornák miatt.<sup>35</sup>

Most ideiglenesen szakadjunk el az „angol közegészségügyi modell” elemeinek ismertetésétől, és nézzük meg, milyen kérdések foglalkoztatták ugyanebben az időszakban a kontinentális Európa államainak egészségügyi politikáját – mit jelentett a „közösségivé” váló egészségügyi gondolkodás kialakulása a kontinensen.

---

<sup>34</sup> Frazer 1950; Hardy 2001

<sup>35</sup> Hardy 1984

Ann La Berge *Mission And Method: The Early-Nineteenth-Century Public Health Movement* címen megjelent munkájában a francia közegészségügyi gondolkodás minta-jellegét hangsúlyozza. Úgy véli, az 1840-es évek francia közegészségügyi mozgalma más országok számára is követendő, követhető modellként szolgált, de a Chadwick-modell és az ebből kiinduló angol közegészségügyi minta gyors elterjedése miatt elvesztette ezt a korábbi jelentőségét. Mi volt a fő különbség az angol és a francia közegészségügyi modell között? La Berge szerint mind a francia, mind az angol közegészségügyi modell elsősorban állami orientációjú, de az angol több helyet hagy a megvalósításban a társadalomnak. Másfelől míg Angliában az orvosok játszották a vezető szerepet a közegészségügyi kérdések tematizálásában, a terület tárgyának meghatározásában és a szabályozási folyamatok kialakításában és működtetésében, Franciaországban ugyanezt a szerepet az állami tisztviselők, a szakrendszert működtető hivatalnokok töltötték be.

Franciaországban az egészségüggyel foglalkozó szakemberek körében már a 19. század elején elterjedt az a nézet, hogy környezeti, társadalmi, egyéni tényezők is felelősek lehetnek a betegségekért. A közösséget érintő egészségügyi problémákat erről az oldalról is lehet tanulmányozni, és megoldásukra létezik „tudományos” megoldás. Összefügg ezzel a vélekedéssel ugyanakkor az a sajátosság is, hogy Franciaországban a közegészségügyi gondolkodás központi eleme lett egy sajátos „moralizálás” az alsó osztályok viselkedésével kapcsolatban. Míg az angol modell klasszikus formájában mellőzi a kulturális elemek beemelését, addig a kontinentális közegészségügyi gondolkodásban ezek már a kezdetektől jelen vannak, és hatást fejtenek ki a közegészségügyet érintő reformtervezetek kialakítására, a beavatkozási fókuszra, a közegészségügyi szabályozás egészére.<sup>36</sup>

A francia közegészségügyi törekvések középpontjában – a járványok elleni általános védekezés, mindenekelőtt a tengeri kereskedelem szabályozása és a tengeri kikötőkben rendszeresített karanténok mellett – mindazonáltal szintén az iparosodással együtt járó problémák megoldásának igénye állt. Annak eredményeképpen, hogy a francia közegészségügyi gondolat nem tisztán „orvosi” kérdés volt, a társadalmi és az egészségügyet érintő folyamatok egymásra hatásának bonyolultsága, esetenként ambivalenciája is megjelent a témával foglalkozó korabeli irodalomban. Kimutatták, hogy az ipari termelés fokozódása, ennek hatásaként a gyermekmunka kiterjedté válása rontotta a gyermekek egészségügyét. Másrészt viszont az ipar fejlődése összefüggésben volt az egészségügy fejlődésének

---

<sup>36</sup> La Berge 1992

lehetőségeivel, az egészségügyi beruházások mértékével, a szolgáltatások elérhetővé válásával is. Bár mint fentebb említettük, a fókuszban az ipari fejlődés hatásai álltak, komoly vita folyt arról is, hogy a város vagy a falu egészségügyi körülményei rosszabbak-e.

A vitákban megjelent egy másik szaktudomány, a statisztika is. A végzettségét tekintve orvos Louis-René Villermé konkrét statisztikai vizsgálatok segítségével igyekezett kimutatni az iparosítás következtében fellépő népességkoncentráció egészséget veszélyeztető hatását. Adatai azt igazolták, hogy a népesség egészségügyi, „demográfiai” állapota az ipari városokban a legrosszabb. A rurális közegben felnőtt gyerekek esetében 10000-ből 4457, a részben ipari vidéken felnőttek esetében 10000-ből 4124, míg az ipari övezetben felnőttek esetében 10000-ből csak 3541 érte meg a 40 éves kort. Villermé adatainak elemzése során arra a következtetésre jutott, hogy az ipari munka önmagában nem függ össze a rosszabb mortalitással, de a lakásviszonyok, az életkörülmények már befolyásolják azt. A mortalitási ráták erősen összefüggnek az egyes kerületek gazdasági helyzetével, állapította meg. Ez teljes szakítás volt a korábbi egészségügyi felfogással – szociális perspektívába helyezte a kérdést.

Villermé szerint a városok ellenőrizetlen, gyors növekedése okozta a legtöbb egészségügyi problémát. Nem volt megfelelő a városok infrastruktúrája ahhoz, hogy ellássa az egyre nagyobb néptömegeket. Tipikus eset Le Creusot városának egészségügyi helyzete. A teljes mortalitást nézve Le Creusot jobb helyzetben volt, mint a hozzá közeli Lyon; az 5-10 éves korosztályt tekintve azonban a város mortalitási rátája háromszorosa volt az országos átlagnak. Statisztikailag sikerült kimutatni, hogy az ipari városokra kiemelkedően magas gyermekhalandóság jellemző – ez látszott a belgiumi Seraing városa esetében is. Le Creusot lakosságának várható élettartama 1839-ben (a város iparivá válása, és népességének ugrásszerű megnövekedése előtt) a férfiak esetében 36,9, a nőknél 42 év volt. 1859-ben, az iparvárossá válás után ugyanezek az értékek már csak 31,1-et és 31,6-ot mutattak. Ugyancsak a statisztika – a korábban nem létező, illetve többé-kevésbé megbízhatatlan haláloki statisztika – alkalmazása révén derült ki, hogy a vezető halálok az emésztőrendszeri megbetegedés volt. A város vízellátásának elégtelensége, az ebből következő állandó vízhiány különösen nyáron súlyosan veszélyeztette a legfiatalabb korosztályok egészségét, hozzájárul a magas csecsemő- és gyermekhalandósághoz. A vízellátás kérdéséhez érve, de nem csupán annak „higiéniai” aspektusát, hanem szociális elemét is vizsgálva felvetődik a kérdés: ki jut hozzá elegendő vízhez, és ki szorul ki ebből a szolgáltatásból. Az orvosi ellátás elégtelen volt – állapította meg Villermé – egy kórház üzemelt a gyár dolgozói részére, de a családtagokat ebben az intézményben nem látták el. Ez pedig már egy (a környezetre fókuszáló Chadwick-

féle angol modellhez képest) teljesen új elem az egészségügy szociális vetületében – az orvosi-egészségügyi ellátásra jogosultak, és az ellátást igénybe venni tudók, az ellátáshoz hozzáférők kérdése.<sup>37</sup>

A francia közegészségügyi rendszer döntően az állami szereplők részvételére épült – itt azonban feszítő ellentmondás alakult ki a franciaországi liberális államfelfogás és az állami beavatkozási politika között. A francia közegészségügyi reformok fő célterületei az 1840-es évekig a következők voltak: az egészségügyi rendszet megteremtése, az egészségügyi adminisztráció kialakítása, egészségvédelmi programok, „oktatások” szervezése, egészségvédelmi propaganda folytatása, a „modern közegészségügyi gondolkodás” terjesztése, illetve az iparegészségügyi intézményrendszer fejlesztése. A konkrét beavatkozások, fejlesztések, a folyamatok központi szabályozása azonban a be-nem-avatkozási politika képviselőinek központi ellenállása miatt a legtöbb esetben elmaradt. Emellett a liberális gazdaságpolitika nem tudta eredményesen védeni az elszegényedéstől az embereket, a pauperizáció pedig – mint arra többek között Villermé is rámutatott – erősen összefüggött az egészségügyi helyzet romlásával. Bár a közegészségügyi érdeklődés regionálisan kiterjedt volt, és a társadalmi rétegek, „ágazati” foglalkozási csoportok széles körét is felölelte, konkrét fejlesztések igazból csak a főváros, Párizs közegészségügyét illetően történtek. A főváros közegészségügyi rendszerének szabályozásában viszont már látjuk az angol minta érvényesülését: a vízellátás és a csatornarendszer fejlesztése, a szemétkézeltés, a nyilvános illemhelyek és általában véve a köztisztaság kérdése, az étel- és italegészségügy rendezése<sup>38</sup> inkább a chadwicki, mintsem a villermé-i közegészségügy-felfogást tükrözi. A szociális elem megjelenése a gyakorlatban a társadalmi beavatkozási politika általános ellenzése miatt végül kimaradt a 19. század francia közegészségügy-szabályozási és – fejlesztési gyakorlatból.

Gerard Kearns, W. Robert Lee és John Rogers magyarul is olvasható tanulmányukban a politikai és gazdasági tényezők hatását vizsgálták a közegészségügy fejlődésére Európa különböző régióiban.<sup>39</sup> Kearns és szerzőtársai Anglia, Németország és Svédország közegészségügyi helyzetének összevetése során arra a megállapításra jutottak, hogy az új eszmék, eljárások, technikák elterjedésében, az intézményrendszer és a végrehajtó közegek

---

<sup>37</sup> Bourdelais 2004

<sup>38</sup> La Berge 1992

<sup>39</sup> Kearns–Lee–Rogers 1995

professzionizációjában élenjáró államok, és az őket megkésve követők között eltérések tapasztalhatók az állam dinamizáló és végrehajtó szerepével kapcsolatban.

Kearnsék az egészségügyi rendszerek elemzésének négy dimenzióját vázolták fel: mire irányul a beavatkozás – az egyénre vagy a környezetre; az igazgatás, az államszervezet mely szintjére hárul a felelősség; mennyiben alkalmaznak kényszert; és hogyan alakul az orvosi szakma szerepe. Az elemzési dimenziók egyaránt alkalmasak a politikai és a gazdasági tényezők vizsgálatára is. „Ha például az egészségügyi politika középpontjában az egyén áll, akkor az a kórházakra épülő egészségügyi szolgálatot hangsúlyozza, magában foglalja a kényszerítést, hogy ti. az egyes ember fertőző megbetegedés esetén elkülönítésnek, illetve szakszerű orvosi kezelésnek vesse alá magát. Ha ellenben az egészségügyi politika elsődleges tárgyának a környezetet választja, ez az ingatlantulajdonosokra hárít kötelezettségeket és a szükséges anyagi alapokat bizonyos mértékig az államnak kell biztosítania.” A modernizációban élenjáró liberális Anglia decentralizáltan a magánszférára bízta az egészségügyi ellátást, az állam viszont biztosította a nagy közművek kiépítésének anyagi hátterét, míg a konzervatív Svédország, vagy a köztes helyzetűnek tekinthető szintén konzervatív Németország erősen centralizált, ugyanakkor az egyénre építő egészségügyi igazgatást valósított meg.<sup>40</sup>

Ha a kontinentális Európa közegészségügyi gondolkodásának alakulásáról beszélünk, nem hagyhatjuk ki a németországi folyamatok bemutatását. A német közegészségügyi gondolat meghatározása mindazonáltal egyáltalán nem egyszerű feladat, méghozzá nem csak az egyes tartományok eltérő tényleges egészségügy-szabályozási gyakorlatai, hanem magának a német közegészségügy-fogalomnak a tisztázatlansága és nehéz megfoghatósága miatt is. Ami mindenképpen kiemelendő, hogy a 19. század eleji német „társadalom-egészségügyi” gondolkodás középpontjában társadalmi kérdésekkel kapcsolatos állami felelősség áll. Rudolf Virchow 1848-ban úgy határozta meg az állam egészségügyi feladatát, hogy egy ésszerűen működő alkotmánynak az egyes egyén egészségének biztosítását kell megcéloznia, ehhez biztosítania kell minden állampolgár számára a hozzáférési utat és a hozzáférés eszközeit. Ez a gyakorlatban a szociális intézmények és a társadalombiztosítás körének kiterjesztését, állami szervezését és felügyeletét jelentette – a virchow-i Soziale Medizin fogalomban a társadalom egészségügyi és társadalombiztosítási intézményrendszerhez való hozzáféréseinek kérdése áll a középpontban.<sup>41</sup> A Soziale Medizin távlati koncepciója ugyanakkor egyértelműen az orvosi

---

<sup>40</sup> Kearns–Lee–Rogers 1995, 151.

<sup>41</sup> Milles 2005

szemléletet tükrözi, a társadalmi elem ebben ugyanis már nem célként, csak eszközként jelenik meg. A hosszú távú cél az egészségügyi viszonyok megváltoztatása a szociális körülmények javításával.<sup>42</sup>

A virchow-i társadalom-egészségügytől többé-kevésbé függetlenül ment végbe Németországban egy témánk szempontjából ugyancsak megkerülhetetlen fontos folyamat, a közegészségtan klasszikus orvosi koncepciójának kidolgozása. Az egészségügy orvosi értelmezésének megváltozása – ami fokozatosan maga után vonhatta a társadalmi megítélés átalakulását is – szorosan következett az orvosi ismeretek bővüléséből, az orvosi tudás modernizálódásából. A 19. századig elterjedt „miazma” elméletének háttérbe szorulása új utakat nyitott meg a gyógyászat és a betegellátás előtt. Karl Rokitansky és Rudolf Virchow munkássága révén a 19. század első felében az addig uralkodó humorálpatólógiai szemléletet egyre inkább kiszorította a szolidárpatólógia. A testnedvek, a lágy részek vizsgálata helyett a figyelem a test szilárd részeinek jellemzőire irányult. Rokitansky elsősorban kórbonctani ismeretekre alapozva igyekezett rekonstruálni a betegségek lefolyását, fejlődésük történetét, Virchow pedig a modern sejttan alapjait fektette le – a betegséget mindenekelőtt abnormális körülmények közt lezajló sejtműködésnek tartotta.<sup>43</sup>

A külső tényezők hangsúlyozása Louis Pasteur francia vegyész nevéhez fűződik. Pasteur kimutatta, hogy a külső környezet, elsősorban a levegő, tele van mikroorganizmusokkal. A betegségek keletkezésének lehetséges magyarázatai közé Pasteur, majd a német Robert Koch munkásságának eredményeként bekerült a mikrobiológia.<sup>44</sup> Az orvoslás fejlődését a technikai újítások is nagyban segítették: a mikroszkóp megjelenése és egyre gyakoribb és szakszerűbb használata a sejttan és a szövettan fejlődése mellett a modern bakteriológia is szárnyakat kapott. Koch már különbséget tett az egyes mikroorganizmusok között, és a betegségek okozóiként a baktériumokat jelölte meg. Nagyszabású bakteriológiai munkássága révén számos betegség kórokozója vált ismertté. A beteg testének kezelésétől a külvilág felé forduló figyelem az orvoslás reformját hozta: ha a külvilág épített és természetes jellemzői hozzájárulnak a betegségek kialakulásához illetve terjedéséhez, akkor azok megváltoztatásával hatás gyakorolható a betegségek alakulására. A környezet, mint a megelőzés terepe, a higiéné megjelent az egészségügy kérdései között – modern tudománnyá

---

<sup>42</sup> Habensdorf 2005

<sup>43</sup> Mayer 1927, 238–239.

<sup>44</sup> A modern bakteriológia megjelenése előtt már többen gondolkoztak az élőlények betegségterjesztő szerepén, például a német Friedrich Wilhelm Sertürner, az angol Edward Jenner vagy a magyar Semmelweis Ignác is. Kempler 1984, 199.

tétele a német Max Pettenkoffer nevéhez fűződik.<sup>45</sup> Elérte a németországi városok modern csatornázásának kiépítését, foglalkozott a ruházkodás fontosságával, illetve előfutára volt a későbbi lakás-egészségügyi gondolatoknak (szellőztetés, páratartalom) is.<sup>46</sup>

Németországban a századfordulón Alfred Grotjahn új koncepcióval, a Társadalmi Higiéné (Sozialhygiene) koncepciójával állt elő. Ez a virchow-i koncepcióra alapozva továbbra is a társadalom általános egészségi állapotának javítását tűzte ki célul, de új konkrét gyakorlati elemeket is felvonultatott. 1899-ben törvényt hoztak a körorvosi szolgálat megalakításáról. (Gesetz betr. der Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen) Ez egységesítette az orvosi szolgáltatásokat, a korábbi kerületi fizikusi és kerületi sebészi állásokat megszüntették, betagolták őket a körorvosi rendszerbe. A körorvosok higiénikusként és „járványrendőrként” is tevékenykedtek. A kerületi tanács vagy a rendőrség technikai tanácsadói lettek, egyéni tanácsokat adhattak az egészségügy fejlesztésével kapcsolatban.

A századfordulótól az elsődleges fontosságú területté Németországban a csecsemővédelem és a tbc elleni küzdelem vált. 1909-ben ennek megfelelően átalakították a körorvosok szolgálati utasítását is. Miközben a járványok elleni védekezés az állam feladata maradt, a szegénygondozás, anya- és csecsemőgondozás, a lakáshigiéné terén kialakulóban volt egy közösségi tevékenységi kör. A szociálpolitikai gondolat is megjelent, ennek hordozója elsősorban a városi polgárság, a városi polgári „jótékonykodás” lett.<sup>47</sup>

Egy a Nemzetek Szövetsége megbízásából 1923-ban íródott német összegzés a német közegészségügyi rendszer bemutatása során a következő lényeges területeket érinti: védekezés a fertőző betegségek ellen – kiemelten a tbc elleni védekezés és a nemi betegségek elleni védekezés; születések és halálozások regisztrációja, statisztikája; anya-, csecsemő- és gyermekvédelem; iskola-egészségügy; alkoholizmus elleni harc; környezet-egészségügy, ezen belül kiemelten az ivóvízellátás és a csatornázás, illetve a közfürdők szabályozása.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> Mayer 1927, 253–254. Pettenkoffer elméletét a kortársak és az utódok közül is sokan félreértelmezték. Állítása szerint a járványos betegségek elterjedésének nem egyedüli és kizárólagos okozói a baktériumok, hanem az egyéni diszpozíció, a helyi adottságokon is nagyon sok múlik. A kijelentés félreértése vezetett például a kolerajárványok alatt talajminták gyűjtéséhez, levegővizsgálatokhoz, az utókor pedig a bakteriológiai eredmények megkérdőjelezésének vádjával illette. Kempler Kurt azonban rámutat, hogy Pettenkoffer nem tagadta a baktériumok járványterjesztő szerepét, hanem kiegészítette azt a környezeti hatásokkal valamint „egyéni diszpozíció” néven a szervezet védekezőképességének illetve képtelenségének szerepével. Kempler 1984, 207.

<sup>46</sup> Szállási 2001

<sup>47</sup> Habensdorf 2005; Vossen 2005

<sup>48</sup> Frey 1923

A vakcináció terjedése, a bakteriológiai alapra helyeződő környezet-egészségügyi és járványügyi szabályozás fontos fejlemény a közegészségügy tárgykörének alakulásában, de ugyanilyen fontos ezzel együtt a társadalmi elem megerősödése, konkrétabban az egyes speciális társadalmi, illetve demográfiai csoportokra helyeződő különleges figyelem megjelenése. A gyermekek, mint kiemelt célcsoport egészségügye – mint láttuk – már a 19. század közepének kontinentális (elsősorban francia) közegészségügyi gondolkodásában is megjelenik. Ugyanígy jelen van a németországi közegészségügyi iratokban a munkásság, az angliában a szegénység, mint társadalmi csoport.

Az 1911-ben kialakított angol nemzeti egészségbiztosítási rendszer fókuszába, az új egészségpolitikai akciók középpontjába a gyermek- és anyaegészségügy, a szülészeti ellátás, a csecsemőgondozás és csecsemőellátás, az iskolaorvosi szolgálat megszervezése és fejlesztése, valamint a népbetegségek elleni küzdelem – mindenekelőtt a tuberkulózis és a nemi betegségek terjedésének visszaszorítása – került. Az egészségügyi intézményrendszerhez való hozzáférés kérdésköre sem maradt távol Angliától, illetve a megújuló közegészségügyi gondolatától. A kórházügy megjelenése a közegészségügy kérdései között a korábbi szegényügy fejlődésével, átalakulásával hozható összefüggésbe: önkormányzati általános kórházzá alakították át a szegényházak rendszerét, ezek ily módon aktív fekvőbeteg-ellátásra lettek alkalmasak, szélesítve az egészségügyi ellátásban részesülők potenciális körét.<sup>49</sup>

Az amerikai közegészségügyi gondolkodás kezdetei is a 19. század közepére nyúlnak vissza, amikor orvosok, mérnökök, tudósok, társadalmi reformerek csoportja olyan kérdéseket kezdett feszegetni, mint az urbanizáció hatásai, vagy az industrializáció és az egészség kapcsolata. Megállapították, hogy a rossz táplálkozás, a népességgkoncentráció, a rossz munkafeltételek komoly betegségek előidézői. A magas halálozási ráta és a gyakori járványok ugyanakkor a társadalom minden rétegét sújtották, a tifusz, a kolera, a sárgaláz, a himlő gyakorisága jól jelezte a tarthatatlan egészségügyi állapotokat. Az egyes államokban más-más megoldást kezdtek szorgalmazni. Chicagóban az életkörülmények javítását, a munkások jólétének emelését látták a megoldásnak, Bostonban, New Yorkban a lakhatás kérdését tartották a legfontosabbnak. Az életkörülmények és az egészség közötti összefüggés felismerése radikális szociális reformok követelését hozta.

A közegészségügyi érdeklődés növekedésének ismeretében nem véletlen, hogy az angol Chadwick-jelentés Amerikában is nagy hatást ért el; ennek eredményeként követni kezdték az

---

<sup>49</sup> Gorsky 2008



angliai közegészségügyi rendelkezéseket. A 19. század közepén mindazonáltal a „Szanitáriusok” mozgalma még elsősorban intrinzik okokat látott a betegségek elterjedésében. Mozgalmuk összekapcsolódott a rabszolgaság-ellenes csoportokkal, a nők egyenlőségéért küzdőkkel. Shattuck *Census of Boston* című írásában ugyanakkor már egyértelműen az életkörülményekkel és a rossz fizetésekkel hozta összefüggésbe a magas gyermekhalandóságot és a tuberkulózist.<sup>50</sup> Az 1800-as évek második felében Amerikában is komoly közegészségügyi feladat lett a himlőoltás megszervezése. Erős ellenállás bontakozott ki vele szemben, de a népesség egy részét sikerült beoltani. Az egymást követő kolerajárványok fokozták az igényt a keleti parton az egészségügyi tanácsok létrehozására. 1866-ban New Yorkban létrehozták a Metropolitan Board of Health-t. A New York City Department of Public Health feladatai közé tartozott az utcák tisztán tartásának, a csatornának és a szemétkézelésnek a felügyelete. A modellt más államok is átvették. Az első állami egészségügyi törvényt Louisianában hozták 1855-ben, a sárgaláz elleni harc szabályozására. Szervezett állami egészségügyi tanács 1869-ben Massachusetts-ben alakult először, de gyorsan követték más államok is a példát: Kalifornia (1870), Minnesota (1872), Virginia (1872), Michigan (1873), Maryland (1874), Alabama (1875). 1919-re minden államban megalakult ez a szervezet.<sup>51</sup>

A közegészségügy bakteriológia fejlődése által előidézett fókuszváltása Amerikában is a századfordulóra tehető: a vízminőség, a táplálkozás-egészségügy, a fertőző betegségek kontrollja, az immunizálás került a középpontba. A bakteriológia fellendülése új elemekkel is gazdagította az amerikai közegészségügyi mozgalmat. Előtérbe került a lakás-egészségügy, a csatornázás kérdése. A bérleményekkel kapcsolatos törvény kimondta, hogy minden kiadott szobának ablakkal kell rendelkeznie. Fontossá váltak az élelmiszerekkel kapcsolatos rendelkezések, a környezetszennyező iparágak, ipari üzemek (pl. vágóhidak, cserzőműhelyek) szabályozása.<sup>52</sup> A közegészségügy definíciós kísérletei is változtak. C. E. A. Winslow 1920-ban így határozta meg a higiéné feladatát: a közegészségügy a betegségek elleni védekezésnek, az élet meghosszabbításának, a fizikai egészség előmozdításának tudománya és módszere a környezeti higiénia, a közösségi fertőzések feletti kontroll, az egyéni

---

<sup>50</sup> Duffy 1992

<sup>51</sup> Kramer 1942; Duffy 1968; Novick – Morrow 2006; Starr 2009; Fairchild et al. 2010

<sup>52</sup> Novick – Morrow 2006

egészségre nevelés, az orvosi és ápolói hálózat szervezése és a közösségi szellem fejlesztése által.<sup>53</sup>

A konkrét, orvosi eszközökkel (vakcináció, elkülönítés, kezelés, stb.) való küzdelem nem érhetett volna el átütő sikereket egy másik diszciplína, a betegségekkel kapcsolatos adatokat szolgáltató egészségügyi statisztika gyors fejlődése nélkül. Láthattuk, hogy mind Chadwick, mind Villermé használta a statisztika eszköztárát, empirikus adatokkal támasztotta alá állításait. Fontos azonban kiemelni, hogy munkáik során egy-egy speciális csoport, vagy régió statisztikai felmérését végezték el, illetve saját felmérés híján e speciális csoportokra vagy régiókra vonatkozó, máshonnan származó adatokat hasznosították. A betegségek, járványok statisztikáinak, mondhatni az országos egészségügyi regiszterek készítésének az élvonala az eddigi áttekintésünk során még nem említett skandináv régió, mindenekelőtt Svédország és Norvégia volt.

A svéd közegészségügyi reformfolyamat központi elemét képezte az egészségügyi állapotról szóló információk megléte. A svéd egészségügyi adminisztráció kezdetei egészen a 19. század elejére nyúlnak vissza, de az egészségügyi regiszter fejlődése igazán a 19. század második felében vesz nagy lendületet. A Statistics Sweden 1860-tól gyűjti a demográfiai adatokat az egyházi regiszterek alapján. 1882-ben a svéd tartományi orvosok (ez egy hatósági orvosi pozíció) feladatává tették a járványok elleni általános védekezést, a himlőoltások felügyeletét, a szülésznők és a gyógyszerészek felügyeletét, és kiemelkedő fontosságú újjáéves egészségügyi jelentések készítését. Ezek a jelentések, illetve módszeres feldolgozásuk tekinthetők a modern egészségstatisztika kezdetének. Az adatgyűjtési mintát Franciaország és Nagy-Britannia is átvette. Bár a statisztikai módszerek korántsem voltak olyan fejlettek, mint manapság, az adatgyűjtés terjedésével „nemzetközivé vált” a demográfia és az epidemiológia, lehetőség nyílt a nemzetközi adatok összevetésére és elemzésére.<sup>54</sup>

A svéd közegészségügyi rendszer az egészségstatisztikai regiszter megteremtésén túl egyéb elemei miatt is érdekes lehet témánk szempontjából. A közegészségügy fókuszában a 20. század első feléig itt is az iparosodás és az urbanizáció állt. A városok és az ipari népesség egészségügye (városhigiéné, lakás egészségügy, iparegészségügy, szegények és munkások egészségügye) mellett a századfordulón itt is az anya- és gyermekegészségügy, a táplálkozás-egészségügy, az alkohol elleni harc, valamint a prostituáltak ellenőrzése (a regiszter-modell

---

<sup>53</sup> Winslow 1920

<sup>54</sup> Sundin – Willner 2007

sajátos részeként) jelentette a fő közegészségügyi tématerületeket, az 1930-as évek végén azonban sajátos módon a svéd rurális régió is felbukkant a közegészségügy témái között.

A „központi” orvosi-szakpolitikai érdeklődésen kívül eső területet egy újságíró, Ludvig Nordström „tematizálta”, emelte be a szakpolitikai és a tágabb közbeszédbe. Lort-Sverige, Piszkos-Svédország című rádiós úti beszámolóiban, riportjaiban a svéd vidék tarthatatlannak minősített higiénés viszonyairól számolt be. Rendkívül sötét képet festett a lakosság fizikai és mentális állapotáról. Rossz, piszkos, hideg lakások, babonák, szegénység és betegség jellemezte a beszámolók Svédországát. Nordström forrása az egyes régiókban dolgozó helyi orvosok beszámolója volt, az újságírói lelkesedés, tenni akarás, vagy bármi más motiváló erő tehát a helyszínen dolgozó, sok esetben városokból származó, vidékre vezényelt<sup>55</sup> orvosok normatív egészségügyi szemléletével párosult. Az útirajzok rendkívül sok hasonlóságot mutatnak a két háború közti, a népegészségügyi állapotokról szóló magyar orvosi irodalommal, illetve a politikum felől érkező népi írók vidéki egészségügy és pusztuló, lesüllyedő vidéki magyarság-képével.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> A 19. század végétől komoly gondot jelentett a svédországi orvosi ellátásban, hogy a magánorvosi rendszer miatt nem voltak orvosok azokban a régiókban, ahol nem volt fizetőképessé kereslet, itt ugyanis nem lehetett megélni a magánpraxisból. Megoldás: a tartományi orvosok állami vagy városi alkalmazottak lettek; kinevezésükről központilag döntöttek, viszont nem függött megélhetésük a páciensi kör szegénységétől vagy gazdagságától.

<sup>56</sup> Nordström 1938

## A járványok alakulása a 19. században – a visszavonuló pandémiák

A 19. századot megelőzően a halálozás alakulása elsősorban a kiterjedt járványok, valamint a néha ezekkel összefüggésben, néha függetlenül jelentkező éhínségek periodikájától függött. A pestis világméretű visszaszorulása a több milliós nagyságrendű járványos halálozás eltűnését jelentette, a halandósági viszonyok átalakulásnak indultak. A fertőző betegségek által okozott halálozások tendenciózan csökkennek az összhalálozáson belül, ezzel együtt pedig fokozatosan nő az aránya a daganatos- illetve a keringési betegségek által okozott halálozásoknak. A jelenséget Abdul R. Omran demográfus „*epidemiológiai átmenet*”-nek nevezte el. Ennek során a „*pestis és éhínség*” korszakát előbb a „*visszavonuló pandémiák*”, majd a „*krónikus és ember okozta betegségek*” korszaka, mint halandósági korszak váltja fel.<sup>57</sup>

A történeti demográfiában már hosszú évtizedek óta központi szerep jut a járványos betegségek kutatásának. Számos monográfia látott napvilágot konkrét járványok demográfiai hatásairól, vizsgálták a járványok, éhínségek és háborúk közötti összefüggéseket. Magyarországon elsősorban Andorka Rudolf és Máday Lajos úttörő jellegű munkássága nyomán bontakozott ki a demográfiai érdeklődés a nagyobb epidémiák, elsősorban a pestis és a kolera iránt. Az utóbbi évtizedben az orvostörténet érdeklődését is felkeltették a járványok, ennek köszönhetően új forrástípusok (levelek, memoárok, törvények és szabályrendeletek) is bevonódtak az epidémiák történetének kutatásába.<sup>58</sup>

A 13–18. századi pestisjárványok súlyosságát aligha lehet túlbecsülni. Sokak szerint a pestis az első számú alakítója volt egy-egy terület népesedésének, járványai nagyobb arányú pusztításokat okoztak, mint a legkiterjedtebb, leghevesebb háborúk. A koraújkor végén, a 18. században a pestis még viszonylag gyakori vendégnek számított Európában, így Magyarországon is. 1737–42, 1755–56, 1795–96 között eltérő intenzitású és kiterjedésű pestisjárványokat jegyzett fel az orvosi krónika, a 19. századra a betegség két kisebb fellobbanás után eltűnt Magyarországról.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Omran 1971

<sup>58</sup> Az orvostörténeti érdeklődés nem új jelenség: a két világháború közti időszak orvostörténetészei közül többen is foglalkoztak már a járványok történetével, elsősorban Daday András és Magyary-Kossa Gyula munkái emelkednek ki a sorból.

<sup>59</sup> Rigler 1929, 403–404., Kiss 2004, 19–20.

A ragályos betegségekre adott orvosi-igazgatási reakciók, a betegekkel (és ezzel párhuzamosan az egészségesekkel) kapcsolatos viselkedések természetesen tágabb társadalmi összefüggésrendszerben is értelmezhetők. A kultúrtörténet-írás fontos észrevétele, hogy nem minden esetben szerencsés modern, 20. századi gondolatokat és okfejtéseket vetíteni középkori, koraújkori társadalmi jelenségekre. A pestis, valamint a középkor másik pusztító ragályos betegsége, a lepra „elleni védekezés” elemei a társadalmi-igazgatási gondolkodás alakulására, korabeli sajátosságaira is rámutatnak. A leprások elszigetelése, izolálása Johan Goudsblom szerint nem annyira a betegség, mint inkább a beteg elkülönítését, a „lepra elleni küzdelem” helyett a „leprás elleni küzdelmet szolgálta”. A betegség (Goudsblomnál a lepra, de bármely más betegsége is gondolhatunk) Isten büntetése; mint ilyen, egy bűnöst ért el, a bűnöst pedig a társadalom megbélyegzi és száműzi köreiből. Ebből fakadóan betegnek lenni társadalmi állapot is, méghozzá a „normális” helyett „patologikus” állapot.

A pestisjárványok kívülről érkező csapásként jelentkeztek. A kívülről jött kór képe hosszú időre meghatározta a betegségekről való gondolkodást. A középkori városok az idegenek kirekesztésével, a városkapuk bezárásával próbáltak védekezni. Az izolálás itt tehát már nem a betegek izolálását (mint száműzetést), hanem minden idegen elem kirekesztését, az egészséges, a „normális” társadalmi elem bezárkózását, elzárkózását jelentette. Kétségtámadás van a vándorlás és a járványok terjedése között, ez a mentális elem, az idegenség, mint potenciális járványveszély azonban fontos társadalmi jellemzővé nőtte ki magát, és még a 20. század egészségügyi diskurzusaiban is folyamatosan felbukkan.<sup>60</sup>

A pestisre és a leprára adott társadalmi válaszokat Foucault is eltérő modellekként értelmezte. „Ha igaz, hogy a lepra olyan kizáró rituálét váltott ki, amelyek bizonyos mértékig mintául szolgáltak a nagy Elzárás általános formájaként, akkor a pestis viszont fegyelmező sémákat hozott létre... Az egyik oldalon ott a nagy elzárás; a másikon a jó idomítás. Az egyiket megjelölik, a másikat elemzik, és újra felosztják. A leprás száműzetése és a pestis helyhez kötése nem ugyanabból a politikai ábrándképből fakad. Az egyik a tiszta közösség, a másik a fegyelmezett társadalom álma.”<sup>61</sup> „A pestisre adott válasz a rend; funkciója, hogy eloszlasson minden zűrzavart: a betegségét, amely átadódik, ha a testek összekeverednek; a rosszét, amely felgyülemlik, ha a félelem és a halál eltörlik a tiltásokat... A pestis, mint a rendetlenség valóságos, egyszersmind képzeletbeli formája orvosi és politikai összefüggésben van a fegyellemmel. A fegyelmező rendelkezések mögött a fertőzés, a pestis, lázadások,

---

<sup>60</sup> Goudsblom 1994

<sup>61</sup> Foucault 1990, 271.

bűncselekmények, csavargás, szökések, felbukkanó, majd eltűnő, rendtelenségben élő és meghaló emberek kísértének.”<sup>62</sup>

A járványok elleni védekezés kezdeteit meghatározta, hogy a védekezést irányító testületekben jellemzően nem orvosok, hanem közigazgatási tisztviselők ültek. A védekezés fókusza így olyan területekre irányult, amelyre ők is ráláttak – szabályozták a népességmozgást, a kereskedelmi forgalmat, fokozták az országhatárok védelmét. Az izolációs intézkedéseknek a korabeli járványok természetéből fakadóan konkrét orvosi ismeretek hiányában is sikereik voltak. A betegségek elleni gyógymódok még hiányoznak – az egészségügy érdeklődése, az egészségrendészet így a külső környezetre összpontosít. Az „asszanálás”, tehát a külső környezeti elemek „higiénikussá”, egészségessé, középosztályi értelemben véve „normálissá” tétele lesz a cél. Természetesen ez a törekvés önmagában is sok eredményt hozott – példa erre többek között az angliai vízfogyasztás és csatornázás szabályozása. A technika – konkrét orvostudományi eredmények, ismeretek hiányában is – képes volt eredményesen felvenni a harcot a járványokkal.

A járványok elleni védekezés hatékonyságának növekedésében az orvostudomány szemléletváltása is komoly szerepet játszott. Amint azt Foucault *A klinikai orvoslás születésében* megállapította, a koraújkori-újkori „klasszifikáló orvoslás” helyét kezdte átvenni a „járványok orvostudománya”. A járványorvoslás számos új elemmel gazdagította az addig elsősorban az egészségesség, illetve az attól eltérő formák osztályozása, a betegségtípusok „megfejtése” felé forduló orvostudományt. Az új elemek között megjelent a „normalizálás” szándéka, megjelent a „normális” és a „kóros” fogalma. Az orvosok lényegi összefüggéseket és analógiákat kerestek, sorozatokat elemeztek. Míg a klasszifikáló orvoslás egy tünetet vagy tünetcsoportot „helyezett el” egy betegségben, addig a járványorvoslás láncolatokat figyelt és eseménysort rekonstruált. Az orvosok feladatává vált a járványok mozgásának, a betegségek terjedésének vizsgálata, a legjobb (akár erőszakos) gyógymódok keresése és közvetítése, ezzel együtt megjelent az orvosok ellenőrző és kényszerítő feladatköre. Kialakult az egészségügyi rendőrség, az egészségrendőri szabályozás rendszere.<sup>63</sup>

Hatnak-e a járványok közvetlenül a civilizációs folyamatra? A betegségekre, járványokra adott válaszokat nem csak a betegségek jellege, hanem az adott kort jellemző társadalmi

---

<sup>62</sup> Foucault 1990, 270.

<sup>63</sup> Foucault 2000, 125-130. Nagyon eltér ez már attól az orvosi magatartástól és szemlélettől, ami a megfigyelésre, a „szerény”, a „természetben való erőszak alkalmazásától ódzkodó” várakozásra, a klasszifikáló célzatú ismeretgyűjtésre szorítkozott. (Foucault 2000, 120.)

struktúra és személyiségszerkezet együttese határozta meg. A technokraták, mérnökök osztályának professzionalizációja, a középosztályi életvezetési „normák” megerősödése a bűzt és a piszkot alapvetően „patologikus” elemmé minősítette. Az a tény, hogy ehhez az elemhez a betegség, a járványveszély képe is társult, nem megeremtette, csak felgyorsította, megerősítette az ellene végrehajtott „civilizatorikus” akciókat. A pestis eltűnését egy új kór, a kolera felbukkanása követte. A kolerára adott társadalmi és igazgatási válaszok kezdetben még emlékeztetnek a pestisjárványok izolációs eljárásaira, folyamatosan erősödik azonban a külső környezet felé fordulás, a technokrata professzionalizáció, a technika és a „középosztályi norma” betörése az egészségügyi gondolkodásba.<sup>64</sup>

A 19. század folyamán, illetve a 20. század első évtizedeiben 7 kolera-pandémiát jegyeztek fel az orvostörténészek. Az első 1817-ben kezdődött, Indiából kiindulva a Volgáig terjedt, itt azonban elakadt. A második 1826-ban indult útjára, és az 1830-as évek elejére a világ nagy részére kiterjedt. Ez a pandémia volt az első, amely Európát és Észak-Amerikát is elérte, a „modern” világ gyakorlatilag ekkor szembesült az addig csak Ázsia egyes részein honos betegséggel.<sup>65</sup> A században még öt kiterjedt kolera-pandémiát jegyeztek fel a demográfusok, 1846–55, 1863–75, 1882–87, 1892–96 és 1902–19 között. Természetesen a betegség ereje folyamatosan csökkent, az első meglepetésszerű támadások hatalmas pusztításai után a későbbi pandémiák már kisebb jelentőségűnek bizonyultak.<sup>66</sup>

A kolera először 1831-ben érte el hazánkat, óriási pusztítást okozva. A hivatalos összesítő adatok 536 517 betegről és 237 641 halottról számoltak be.<sup>67</sup> 1832 után a betegség állandó veszélyforrássá vált. 1835–36-ban mintegy 43 ezer, 1848 és 1850 között 200–240 ezer, 1854–55-ben 100–150 ezer, 1866-ban 70 ezer körüli halálozást okozott.<sup>68</sup>

1871 közepén Oroszország, Galícia és Besszarábia egyes vidékein ismét fenyegető kolera-megbetegedések történtek. 1872-re már Oroszország nagy területein (Kijev, Moszkva, Szentpétervár, Krím-félsziget) tombolt a járvány. 1872. március 14-én a máramarosi Rahó községben megtörtént az első magyarországi megbetegedés, forrása feltehetően egy

---

<sup>64</sup> Goudsblom, 1994, 24.

<sup>65</sup> Az első két pandémiát más források összekötik egymással, az 1826-os évszámot csak a kolerajárvány terjedésének második hullámaként értékelik. (Jankovich 1832)

<sup>66</sup> Rigler 1929, 394.

<sup>67</sup> Rigler 1929, 393. B. Lukács Ágnes monográfiájában kis eltéréssel 236 032 kolerahalottat említett. (B. Lukács 1966)

<sup>68</sup> Bálint Nagy 92–93., Rigler 1929, 394., Máday 2000, 226–227., J. Fráter 1980, 39., Máday 1983, 36., Fekete 1874, 86.

Galíciából átvezényelt katona volt.<sup>69</sup> A betegség egy-két hónap alatt megfertőzte a Máramarossal szomszédos törvényhatóságokat, novemberben már Nyitraig terjedt, majd az év végére az északnyugati megyéket, valamint Temest és Fogarast is elérte. A téli hónapok enyhülést hoztak, a következő év tavaszán azonban a kolera szinte menetrendszerűen ismét fellángolt. 1873 szeptemberére az egész országot ellepte.<sup>70</sup>

A higiénés viszonyok javulása elsősorban a gazdagabb társadalmi rétegek körében csökkentette a kolerafertőzés kockázatát. A zsúfoltan, egészségtelen lakáskörülmények között élő, gyakran szüretlen folyóvizet fogyasztó szegények nem nagyon élvezhették a civilizációs vívmányok védő hatását. Az 1866-os és az 1872–73-as kolerajárványok Pesten és Budán jól kivehetően a rossz életkörülmények között élő szegény rétegek körében okoztak kiemelkedő halálozást.<sup>71</sup> Súlyosbította a helyzetet a kolerajárvánnyal párhuzamosan beköszöntő országos éhínség, amely szintén főleg a szegénység köréből szedte áldozatait.<sup>72</sup> A mortalitást emelő egyéb események (éhség, maláriajárvány) miatt nehéz pontosan megadni a kolera (és a szövődmények) áldozatainak számát. A hivatalos adat 189 ezer halottról tudósít 42,3%-os letalitás mellett.<sup>73</sup> Rigler Gusztáv 450 ezer beteget és 290 ezer halottat említ, Keleti Károly 350 ezer körülire becsülte a kolerahalálozást, míg Thirring Lajos 400–450 ezer halottat feltételezett.<sup>74</sup> 1886-ban és 1892-ben újabb – immáron nem országos kiterjedésű kolerajárványok törtek ki, ezek letalitása azonban már messze elmaradt a korábbi pusztító járványokétól.

Az 1890-es évek elején nemzetközi szinten is felmerült a kolera elleni védekezés szabályozásának, összehangolásának szükségessége. Az Európán kívüli területről való behurcolás, valamint az országok közötti terjedés meggátolására 1892-ben elfogadták a tengeri hajók ellenőrzésére vonatkozó velencei, egy évvel később a szárazföldi védekezést szabályozó drezdai egyezményt. A fertőzött helyről érkező hajókat vesztegár alá helyezhették, megtilthatták az ürülék, a fenékvíz és egyéb szennyvizek hajóról történő kiürítését, szárazföldön vesztegárakat és áruforgalom-korlátozást vezethettek be.<sup>75</sup>

---

<sup>69</sup> Fekete 1874, 88.

<sup>70</sup> Máдай 1983, 9., Grósz 1874, 3–4.

<sup>71</sup> Máдай 1983, 77.

<sup>72</sup> Bálint Nagy 1928, 100.

<sup>73</sup> Eszerint a betegek száma mintegy 446 800 fő.

<sup>74</sup> Rigler 1929, 396., Máдай 1983, 27–28.

<sup>75</sup> A szabályozást 1912-ben a Párizsi Egyezményben a pestisre és a sárgalázra is kiterjesztették. Magyarország csak 1924 augusztus 1-én csatlakozott az egyezményhez, rendelkezéseinek hazai becikkelyezését az 1924:XXIV. törvénnyel tették meg. (Atzél 1928, 461–489)



Az első világháború évei hozták az utolsó kolerajárványt hazánk történetében. 1914 végén egy az északi hadszíntérről hazatért katona közvetítésével Békéscsabán jelent meg először a baj, majd a szabadságolások során már fertőzöttek hazatérő újoncok az ország több részére is behurcolták a betegséget. Tulajdonképpen elmondható, hogy 1914–15-ben több helyen csaknem egyszerre tört ki egymással közvetlenül nem összefüggő járvány. 1914-ben 1730, 1915-ben 3310 kolera-halálesetet jelentettek. A járvány 1916-ra csillapodott, ekkor már csak 26 haláleset történt kolera miatt Magyarországon. A háború utolsó két évében csaknem teljesen sikerült távol tartani a kolerát az országtól, a harcterekekről behurcolt néhány eset, és a két évben regisztrált 5–5 haláleset az aktuális viszonyokat figyelembe véve elenyészőnek tekinthető.<sup>76</sup>

A 19. századot megelőzően az igen magas letalitású himlő (variola) is a rettegett járványos betegségek közé tartozott. Az 1700-as években több országos himlőjárvány is pusztított, 1795 őszén és telén egy Ugocsa megyében lezajlott epidémia több mint 400 gyermek halálát okozta.<sup>77</sup> 1796-ban Edward Jenner angol orvosnak sikerült állati himlőnyirokból himlőelleni oltóanyagot készítenie. A felfedezés óriási jelentőségű volt a betegség leküzdése szempontjából. Az oltások magyarországi bevezetésére 1799-ben került sor, az első kísérleti oltásokat Sopron és Békés megyében végezték. Hell József és Riegler Zsigmond megyei fizikusok eredményeinek hatására Bene Ferenc vezetésével 1801-ben már Pesten is megkezdtek a védőoltások alkalmazását. Az első években az orvosok saját belátásuk szerint végezték az oltásokat, központi szabályozás nem történt az ügyben. Jellemző a szervezatlenségre, hogy 1814-ben a pesti járás 31 községéből 10-ben folyt viszonylag rendszeres védhimlőoltás, a járásorvos azonban ezek közül csak öt helyen vett részt a műveletben, a többi községben a helyi sebész, a pap, illetve a lelkész felesége volt a „végrehajtó közeg”.<sup>78</sup>

Az esetlegesen alkalmazott oltások és a lakosság ellenkezése, idegenkedése következtében a század első éveiben nem sikerült áttörést elérni a himlő elleni küzdelemben. 1811-ben országszerte pusztított, 1813-ban Trencsén megyét támadta meg a himlőjárvány.<sup>79</sup> A Helytartótanács 1813/28769 számú rendeletében országosan kötelezővé tette ugyan az oltásokat, de a végrehajtás fogyatékosai miatt már 1817-ben újabb himlőjárvány tört ki Miskolcon és környékén. 1822–23-ban ismét országos szinten, tíz évvel később, 1833-ban

---

<sup>76</sup> Rigler 1929, 397.

<sup>77</sup> Fekete 1874, 65.

<sup>78</sup> Daday 2002, 287–291.

<sup>79</sup> Fekete 1874, 71.

pedig Pécs városában konstatálták a betegség elterjedését. Az 1823-as nagy járvány után Gebhardt Ferenc vezetésével központi védhimlőoltó intézet alakult. Az 1840-es, Pécsen és Pesten, majd a következő évi Békés és Komárom megyében pusztító himlőjárvány, amely a korábban már beoltott gyermekeket is nagy arányban megtámadta, felvetette az újraoltások szükségességének kérdését. Az 1843-as temesvári orvosi vándorgyűlésen Tormási Lajos már ismertette tapasztalatait az újraoltással kapcsolatban, annak törvényi szabályozására azonban még hosszú ideig nem került sor.<sup>80</sup>

A szabadságharc, majd az azt követő abszolutizmus éveiben a himlőoltások száma drasztikusan csökkent. A lakosság sok esetben az elnyomó hatalom népellenes intézkedésének tartotta a védőoltások szorgalmazását, ezért aztán általános ellenállás bontakozott ki vele szemben. Ennek köszönhetően ismét megszaporodtak az egy-egy várost vagy vármegyét érintő, de esetlegesen nagyobb méreteket is öltő himlőjárványok.<sup>81</sup> A legnagyobb járványt 1861–62-ben jegyezték fel, ez Pest és Fejér megye területére, valamint az északkeleti országrész településeire is kiterjedt. A járvány csak Pest városában 316 betegedést és 190 halálesetet okozott.<sup>82</sup>

A kiegyezést követő évek nem hoztak érdemi előrelépést a himlőelleni küzdelemben. A védőoltások továbbra is akadoztak, a szérumellátás bizonytalan volt. 1869-ben a Jászságon, a következő évben a Szepességen, majd Pesten, 1873-ban Fejér megyén, 1874-75-ben ismét Pesten söpört végig pusztító himlőjárvány.<sup>83</sup> A hat egymást követő himlőjárványos évnek nagy szerepe lehetett abban, hogy az 1876-os közegészségügyi törvény a védhimlőoltás kérdésében is rendelkezett. „A védhimlőoltási ügy állami intézmény; a hatóság a fennálló szabályok szerint intézkedik arról, hogy a védhimlőoltás a kellő segédlet kirendelésével akadálytalanul teljesíttessék.” Az oltásra kötelezettek körével kapcsolatban kijelentette: „A védhimlőoltás, esetleg a felnőttek újra-oltása, évenként minden községben teljesítendő. Szülők és gyámok, és általában mindazok, kik gyermekekről gondoskodni tartoznak, kötelesek ezeket éltüknek első évében, a mennyiben valóságos himlőt ki nem állottak volna, beoltani.” A védőoltás végrehajtóinak körében uralkodó korábbi áldatlan állapotok felszámolása végett a himlőoltás teljesítését érvényes orvosi oklevélhez kötötték.<sup>84</sup>

---

<sup>80</sup> Gortvay 1953, 16.

<sup>81</sup> Gortvay 1953, 240.

<sup>82</sup> Fekete 1874, 84.

<sup>83</sup> Fekete 1874, 87–88.

<sup>84</sup> *Magyar Törvénytar 1875–1876*. Budapest, Franklin. 1877., 379–380.

A himlőoltás végleges rendezéséhez azonban további súlyos járványok tapasztalataira volt szükség. 1879–82 között Budapesten tört ki himlőjárvány, ennek (is) betudható a főváros területén a fertőző betegségek bejelentési kötelezettségére vonatkozó előírás 1881-es megalkotása.<sup>85</sup> 1886–87-ben ismét országos járvány zajlott le, összesen 15 470 halálozást okozva. Budapesten a megelőző években szokásos 0,2–0,4‰-ról 3,5‰-re emelkedett a himlő-mortalitás.<sup>86</sup> A hatalmas járvány világosan megmutatta az egyszeri oltás és az esetleges újraoltások elégtelenségét. Az 1887:XXII. törvény elrendelte a kötelező újraoltást, végrehajtási utasítása pedig oltási körök szervezéséről, valamint az oltásra kötelezettek és védhimlőoltásban részesültek nyilvántartásáról is intézkedett.<sup>87</sup>

A századfordulót követően egy évben, 1910-ben még váratlanul megemelkedett a himlő-halálozások száma (az országban összesen 115 fő), komolyabb járvány kitörésére azonban – a világháborús 1916–17-es évet kivéve – többé nem került sor.

---

<sup>85</sup> 1881-től kezdve alkalmaztak egyébként állati himlőnyirokból készült szérumokat hazánkban. (Hahn 1960, 60.)

<sup>86</sup> Melly 1929, 29.

<sup>87</sup> Magyarország e tekintetben alig volt elmaradásban a közegészségügyi mintaállamtól, Angliától. Az 1840-es majd 1853-as angol oltási törvény értelmében három hónapos korig minden csecsemőt be kellett oltani. Ezzel együtt 1870-ben és 1872-ben Londont is elérte a himlőjárvány, így a törvényt 1898-ban megszigorították. Egyfajta viktoriánus civil engedetlenségi mozgalomként lépett fel az antivakcinációs mozgalom, amely komoly parlamenti lobbierővel is rendelkezett. Orvosok is álltak mögötte, akik többek között továbbra is a légköri viszonyokban keresték a járványok terjedésének okát. Szerintük a védőoltás csak megmérgezi a vért, de nem biztosít védelmet a betegséggel szemben. Mások a betegségek fertőző jellegét nem fogadták el, megint mások vallásos, transzcendentális okokkal magyarázták a betegségeket. A himlőoltás elfogadását a szigorú törvényi előírások meghozatala, az antivakcinációs mozgalom ellen erélyes fellépés mellett a bakteriológia rendkívül gyors fejlődése is elősegítette. (Porter – Porter 1988)

## **Az egészségvédelem szervezete és intézményei**

### ***Az 1876-os közegészségügyi törvény és előzményei***

Az 1770-es Generale Normativum az első olyan rendelet, amely nagyon részletesen, sok mindenre kiterjedően szabályozza a hazai egészségügyet, az egészségügyi igazgatást, így módon a hazai „közegészségügy-történet” egyik fontos előzményének, illetve bizonyos fokig első elemének is tekinthető. A rendelet maga két fő részből áll: „I. Azokról az óvintézkedésekről, amelyek a tartományok szárazföldi részeinek egészségügyi ellátását érintik”, és „II. Elővigyázatossági szabályok a közegészség védelmére az idegen országokkal szemben húzódó határokon”. Az első rész a sebészekkel, orvosokkal, patikusokkal és bábákkal kapcsolatos szabályozást tartalmazza, a második a járványügyi igazgatással, ezen belül is elsősorban a vesztegzárakkal, a vesztegzárakban szolgálatot teljesítő személyzet feladataival foglalkozik. A rendelet fontosságát témánk szempontjából nem részletes tartalma adja, sokkal inkább az a tény, hogy a rendelet az önállóvá váló, elkülönülő egészségügyi igazgatás felé vezető úton megtett első lépésként értelmezhető.

Az 1848-as forradalom után véget ért Magyarországon a Generale Normativum hatálya, az 1848-at követő években nem volt életben hivatalos közegészségügyi törvény vagy rendelet. Az „ex-lex” állapot 1854-ig tartott, amikor is Bach kancellár Eisenachban rendeletet adott ki „a megbetegedett állami alattvalók kölcsönös ápolása s a meghaltaknak eltemetése” tárgyában. A rendelet átfogó szabályozást nem jelentett, így önálló „közegészségügyi” rendeletként sem értelmezhető, csak bizonyos akut problémák megoldását célozta. A magyar közegészségügy történetének fontos mérföldkövét jelentette az 1863-ban Pesten megrendezett „Magyar orvosok és természetvizsgálók” IX. (a szabadságharc óta az első) nagygyűlése. Ezen, majd a következő marosvásárhelyi, pozsonyi és rimaszombati nagygyűlésen is foglalkoztak az összegyűlték a közegészségügy kérdéskörével, annak rendezetlenségét komoly veszélyforrásként értékelték. Bizottsági feliratot intéztek a belügyminiszterhez, aki ennek hatására megbeszélést hívott össze, és elfogadta a Balassa János, Korányi Frigyes, Lumniczer Sándor és Markusovszky Lajos által készített iratot „a közegészségügy és az orvosi ügy rendezése tárgyában”.

A megbeszélés fő tárgya az egészségügy országos rendezése, és egy egészségügyi csúcsszerv létrehozása volt. A Balassáék által készített tervezet porosz mintára, az összes orvosi-

egészségügyi szakmát felölölő, a tárcát segítő tanácsadó testületet javasolt, amelynek feladata lett volna a véleményadás az egészségügy egész területén, a törvény-előkészítés, a szabályzatok előkészítése. A tanács állapította volna meg az orvosi honoráriumokat, ellenőrizte volna az egészségügyi személyzet vizsgáit, kidolgozta volna a gyógyszerészet reformját. A folyamat – a törvény megalkotása – azonban itt elakadt. Bár 1867 után szaporodni kezdtek a közegészségügyi paragrafusok – a legfontosabb az 1868-as népiskolai törvény paragrafusa, amely rendelkezett a tantermek egészségügyi szempontú megfelelőségéről, a szellőztethetőségről, fűthetőségről, az egy gyermekre jutó légköbméterről – a helyzet átfogó rendezésére nem került sor. Az 1868-as évben jött létre az Országos Közegészségügyi Tanács, amely a belügyminiszter fennhatósága alatt állt, a belügyminisztérium szerveként működött. 1869-ben a Tanács tagjai elhatározták, hogy törvényjavaslatot fognak kidolgozni a közegészségügy rendezésére. A munka 1870 elején indult meg. Az előkészítés folyamata többször elakadt, 1872-ben a parlament pénzügyi bizottsága már sürgette a törvényjavaslat előterjesztését, az azonban a hosszadalmas egyeztető és jóváhagyó körök miatt még késett.

A magyar közegészségügy (elő)történetének rendeletközpontú ismertetését megszakítva ezen a ponton kell szót ejteni Fodor József orvosprofesszorról, aki a későbbiekben hatalmas szerepet játszik majd a közegészségügyi gondolkodás hazai elterjesztésében és a közegészségügyi intézményrendszer kiépítésében. Fodor József 1865-ben szerzett orvosi diplomát Pesten. 1869-ben a tisztiorvosi eljárás tanából (lényegében közegészségtan-jellegű tárgykörből) magántanárrá habilitálták, majd kétéves európai ösztöndíjat kapott. Ekkor került kapcsolatba a nyugat-európai közegészségügyi szakemberekkel, eljutott Németországba, Hollandiába, Angliába, itt alaposan tanulmányozta a közegészségügyi igazgatási rendszert.

Markusovszky Lajos és Fodor kezdeményezésére az Országos Közegészségügyi Tanács felterjesztést nyújtott be a parlamenthez, amelyben központi közegészségtani kutatóintézet és azzal párhuzamosan a pesti egyetemen önálló közegészségtani tanszék felállítását javasolták. Markusovszky az egyetemen 1793 óta működő államorvostan tanszék kettéválasztását javasolta, az államorvostani ismereteken belül ugyanis egyazon tárgy keretében folyt a törvényszéki orvostan és a közegészségtan, közelebbről az orvosi rendészet oktatása. Az önálló tanszék kezdeményezése egyben azt is jelentette, hogy a hazai orvoskar vezető alakjai „önálló diszciplínaként” voltak hajlandóak elismerni a „közegészségi tudományt”, a

közegészségtant. A higiéné önálló tanszéken történő oktatását Pauler Tivadar, majd Trefort Ágoston vallás- és közoktatásügyi miniszter is támogatta.<sup>88</sup>

A kiszemelt tanárjelölt Fodor József lett, aki a kolozsvári tudományegyetem 1872-es megalapításakor az orvostudományi kar államorvostani tanszékére kapott kinevezést. A budapesti tudományegyetem egy évvel később, 1873-ban hozta létre az önálló közegészségtan tanszéket. Vezetésére Fodor Józsefet hívták meg – mindebben a történetet feldolgozó Minker Emil a budapesti kar sikeres taktikáját látja. Fodornak 1872-ben ugyanis minden esélye megvolt arra, hogy az új kolozsvári egyetem rendes tanári címét elnyerje, a budapesti új közegészségtani tanszék vezetésére viszont rengeteg „önjelölt” pályázóval kellett volna számolni. A már kinevezett egyetemi rendes tanár Fodort azonban meghívás útján könnyen, ráadásul konkurencia nélkül lehetett átvenni az új tanszék élére.<sup>89</sup>

A megalakított új tanszék egykori feladatkörét a századfordulón írott egyetemtörténeti millenniumi emlékkönyvben így jellemzi a krónikás Högyes Endre: „egyrészt támaszkodva a physiologia, pathologia, stb. egyszerűen a természettudomány módszereire, vizsgálata tárgyává kell hogy tegye az ember, nevezetesen a családba, a községbe, az államba csoportosult emberiség élet- és egészségviszonyait a külső, úgy természeti mint társadalmi behatásokkal szemben, minő irányú vizsgálódásokat ama tudományszakok, rendszeresen és következetesen, sem külön-külön, sem együttesen nem végeznek; másrészt kutatásai és tapasztalatai nyomán megbízható útmutatással kell, hogy szolgáljon ama szakma úgy az egyesnek, mint a társadalomba csoportosult népességnek egészsége, testi jóléte ápolására, oltalmazására, fejlesztésére...”<sup>90</sup>

1874-ben jelent meg Fodor József „A közegészségügy Angolországban, tekintettel az orvosügyre, orvosi rendészetre és törvényszéki orvosi ügyre, valamint a hazai viszonyokra” című, programadónak számító könyve. Fodor angol közegészségügyi orientációja azért rendkívül fontos számunkra, mert őt kérték fel a már említett közegészségügyi törvényelőkészítő bizottság vezetőjének. Fodor nagy lendülettel látott munkához: a Chadwick-jelentés ismerőjeként és Chadwick munkásságának tisztelőjeként számos egészségstatisztikai, munkaegészségügyi, iparegészségügyi kutatást kezdeményezett.

---

<sup>88</sup> Tahin 2010. A mintát nagyrészt Max Pettenkoffer müncheni önálló higiéné tanszéke nyújtotta – Pettenkoffer 1865 óta a higiéné első nyilvános rendes tanáraként oktatta a közegészségügyi ismereteket a Münchener Egyetemen. (Vitéz 1965)

<sup>89</sup> Minker 2009. Fodor egészen haláláig a tanszék élén maradt. 1888 és 1892 között az Orvostudományi Kar dékáni, 1894-95-ben az egyetem rektori pozícióját is betöltötte.

<sup>90</sup> Högyes 1896, 504.

Nemzetközi szinten is jelentős volt a Rózsahegy Aladárrel közös szociálhigiénés kutatása. A gyorsan felduzzadt budapesti peremkerületek lakossága körében vizsgálódva kimutatták a túlszűfolttság és a fertőző betegségek terjedése, valamint a magas csecsemőhalandóság közötti összefüggést.<sup>91</sup> Fodor és munkatársai előkészítő és tervező munkájának végül 1876-ra lett eredménye: megszületett az 1876/VIV. törvény a közegészségügy rendezéséről.<sup>92</sup>

A törvény fő szabályozási területeit a járványok elleni védekezés, az építkezés szabályozása, a lakásegészségügy, az ivóvízellátás és a csatornázás rendezése, az élelmezés és az élelmiszerek egészségügye, a gyermek- és iskola-egészségügy, valamint a foglalkozás-egészségügy és iparegészségügy adta. A törvény rendelkezett az orvosi és szülésznői gyakorlatról, a kórházakról és gyógyintézetekről, valamint a tébolydákról, a gyógyszerészetről, a temetkezéssről, továbbá részletesen szabályozta a közegészségügyi szolgálat szereplőinek feladatait és jogosultságait.

A törvény fő részei jól jelölik a kialakulóban lévő hazai közegészségügy elsődleges fókuszait, érdeklődési területeit is. A környezet-egészségügy előtérbe kerülése az angol modell hatásaként értelmezhető. Az angliai törvényalkotáshoz képest viszonylag szélesebb ugyanakkor a törvény fókusza a településtípusokat illetően – a városegészségügy és az ipar- és foglalkozás-egészségügy viszonylag kisebb súlya az ország gazdasági fejlődésének sajátosságaival volt összefüggésben.

Mint a korábbi kolerajárványok során szembetűnő volt, a jogkörök tisztázatlansága, a bejelentési kötelezettség gyakori elmulasztása, a vesztegzárra vonatkozó előírások következetlensége, az igazgatás különböző szintjeiről érkező, egymásnak gyakran ellentmondó utasítások sok esetben maguk is hozzájárultak a járványok terjedéséhez. Az 1876:XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről általánosan kötelezővé tette a járványos betegségek bejelentését, az elsődleges intézkedési jogkörrel pedig a törvényhatóságokat ruházta fel.<sup>93</sup> A törvényhatóságok feladatává tette a kórházi férőhelyek létesítését, az ápolószemélyzet és a gyógyszerkészlet biztosítását, a fertőtlenítést, a betegek elkülönítésének megoldását. Fontos – ugyancsak az egyes törvényhatóságokat érintő – kötelezettség volt a járványok keletkezésére, lefolyására, időtartamára vonatkozó időszaki és zárójelentések elkészítése.

---

<sup>91</sup> Kapronczay – Virágh 2001

<sup>92</sup> Honti 1997

<sup>93</sup> *Magyar Törvénytár 1875–76. évi törvénycikkek.* Budapest, Franklin. 1896, 377.

A nagyobb járványok idején gyakran permanens orvoshiány lépett fel: az amúgy is orvoshiányos területeken kívül ez gyakran más vidékeket is érintett: az orvosok – a megfertőződéstől való félelmükben – vonakodtak a járványorvosi teendők elvégzésétől, a kevésbé képzett sebészek pedig működésükkel sok esetben inkább csak további károkat okoztak. A törvény a helyzet rendezésére kimondta, hogy „(a) mennyiben a hatósági, községi, kincstári s állandóan alkalmazott orvosok a járvány folytán megbetegültek gyógykezelésére elégségesek nem volnának, a hatóság megfelelő díjazás mellett járvány-orvosokat rendelhet ki. A gyakorló orvos rendes működési területén a kirendelést elfogadni köteles; ezen kívül eső vidékre csak beleegyezésével rendelhető ki. Minden hatósági s minden magánorvos tartozik járvány idejében a hatóságtól a járványügyre nézve nyert rendeletet teljesíteni. ... A járvány folytán megbetegültek részére kért első orvosi segély megadását vissza nem utasíthatja; valamint azon esetben, ha lakhelyén más orvos a gyakorlatot nem űzi, a további gyógykezelést is tartozik elvállalni.”<sup>94</sup>

Fontos kérdés, hogy értékelhetjük-e az 1876-os törvényt elsősorban az 1873-as kolerára adott reakcióként, mekkora szerepet tulajdoníthatunk a pusztító járványnak a törvény megszületésében. Goudsblom korábban már többször idézett gondolatmenete szerint a középosztályi alapokon formálódó technokrata egészségügy-igazgatási gondolkodás megjelenése inkább korszellem, mintsem konkrét válasz valamely csapásra, bár maguk a járványok természetesen hatást gyakoroltak a folyamatra. „A kolerától való félelem felgyorsította a folyamatot, de kétségkívül nem az egyedüli motorja volt” – írja.

Mi lehetett ennek a katalizáló hatásnak a gyakorlati megjelenése? Sipos András a fővárosi közegészségügyi intézményrendszer kialakulásáról írott tanulmánya jól jelzi a járványok közvetlen hatásgyakorlását a törvényhozási, igazgatás-alakítási folyamatra. Mint írja, a 19. század végi fővárosi egészségpolitika számára elsősorban a környezethigiéné terén volt lehetőség a beavatkozásra, az egyéni higiéné javításához szükséges eszközökkel és háttérrel nem rendelkeztek. Ebben a helyzetben a járványveszély elsősorban az intézményrendszer kiépítését és fenntartását indukálta. „Elsősorban az akut járványveszélynek tulajdonítható, hogy a század második felében a közegészségügy a városigazgatásnak nem egyszerűen egyik szakágazata volt, hanem olyan központi jelentőségű problémája, amely a szolgáltatásszervező, aktív társadalompolitikát folytató városigazgatás kialakulásának egyik legfőbb ösztönzőjét, mondhatni kiindulópontját képezte. A járványelhárítás, mint a

---

<sup>94</sup> *Magyar Törvénytár 1875–76. évi törvénycikkek.* Budapest, Franklin. 1896., 378.



városigazgatás rendészeti feladatkörének része, a modern vízvezeték- és csatornarendszerek, közműhidak, vásárcsarnokok, közfürdők létesítése pedig mint e feladatkör tárgyi feltételeinek megteremtése jelentkezett. A városi önkormányzatok mint nagyberuházók és jelentős infrastrukturális létesítmények üzemeltetői elsőként e területen találták magukat új szerepben. Ezek a beruházások teremtették meg a technikai és szervezeti alapokat a városigazgatás szolgáltatásszervező funkcióinak további kiterjesztéséhez.”<sup>95</sup>

Ezen felül elsősorban egyes konkrét rendelkezések kapcsán láthatjuk egy-egy járvány közvetlen hatását. Az 1886-os kolera után hozták létre a Székesfővárosi Bakteriológiai és Közegészségügyi Intézetet, melynek legfőbb feladata az ivóvíz vizsgálata lett. Az 1892-es kolerajárványt követően beszüntették Budapesten a szüretlen vezetéki víz szolgáltatását, és ugyanez a járvány adta a végső lökést a káposztásmegyeri vízmű felépítéséhez. Ekkor került sor a kerületek önálló tisztiorvosi szolgálatának megszervezésére, és az egészségőri pozíciók létrehozására is.<sup>96</sup>

Högyes Endre a magyarországi közegészségügyi tanszék megalapításának felvetését, majd végső elhatározását is az 1866-os és az 1873-as kolerajárvány hatásának tudja be; tekintettel arra, hogy más utólagos, egyetemtörténeti levéltári forrásokon alapuló elemzések más, elsősorban egyetempolitikai elemeket látnak a háttérben,<sup>97</sup> ezt lehet, hogy csak a krónikás saját, nem feltétlenül tényeken alapuló olvasatának tekinthetjük.<sup>98</sup>

Természetesen a járványok elleni ad hoc védekező intézkedések is hozzájárulhattak a környezet-egészségügy valamely konkrét elemének fejlesztéséhez, a környezet-higiéné javításához – nemcsak a fővárosban, hanem kisebb településeken is. Jászberény közegészségügyével kapcsolatban olvashatjuk: „1886 nyarán a Triesztben előforduló kolerás megbetegedések hírére Muhoray Sándor rendőrkapitány megelőzési céllal felhívta a lakosság figyelmét, hogy... (u)dvaraikból a trágya és szemétdombok kihordását azonnal kezdjék meg. A közegészségügyi bizottság... a rendőrség figyelmébe ajánlja, hogy... Pray Lipótnénak a Zagyvába kifolyó árnyékszékét távolíttassa el... A közegészségügyi bizottság ajánlja a tanácsnak a rothadó hulladékokkal telített Csincsá azonnali kitisztítását, a meder rendezését. Dr. Király Gáspár főorvos megelőző intézkedésként szükségesnek tartotta a volt megyeháza

---

<sup>95</sup> Sipos 1998, 941.

<sup>96</sup> Sipos 1998, 946-953.

<sup>97</sup> Minker 2009

<sup>98</sup> Högyes 1896, 504-505.

udvaráról a börtön felől kifolyó nyílt csatorna megszüntetését... az elposványosodott lefolyócsatornát, a szeméttel telehordott mellékutcák rendezését is meg kell oldani.<sup>99</sup>

### ***A „társadalom kora” a hazai közegészségügy történetében és a prevenció fogalomkörének megjelenése***

A közegészségügyi törvény előkészítése kapcsán már említett Markusovszky Lajos 1886-ban így fogalmazta meg a közegészségtan tárgykörét és feladatát: „A közhigiénia feladata felfedezni és megállapítani a természetrajz és földrajz, a kóros élet vegytana és élettana, az orvosi statisztika és népgazdaszat segélyével azokat a mindennapi és köztényezőket, amelyek a közösségek életére és egészségére befolyással vannak, kifürkészni azoknak okozatos összefüggését, mindezek nyomán megállapítani a közegészség törvényeit, és elvégre azokat a szabályokat, amelyekhez a közületeknek magát tartani kell, ha a maga és nemzedéke számára ép és egészséges létet és fejlődést akar biztosítani.”<sup>100</sup>

Ez a modern kifejezéssel interdiszciplinárisnak is nevezhető megközelítés már az orvostudomány új felfedezéseit, felismeréseit is hordozta. A közösségek életére és egészségére befolyással bíró tényezők körét a már említett bakteriológia fejlődése mellett a táplálkozás-egészségtani kutatások bővítették. A nemzetközi folyamatok bemutatásánál láthattuk a speciálisan „veszélyeztetett” társadalmi csoportok, a szülő nők, a gyermekek, illetve általában véve az alacsony társadalmi státusú csoportok megjelenését az egészségügy fókuszai között – nem volt ez másként a századfordulón hazánkban sem. Rigler Gusztáv 1910-ben a közegészségtan feladatának az emberiség egészségének megvédését tartotta. Az egészségvédelem, a prevenció természetesen korábban is jelen volt a közegészségtan gondolkörében – hiszen a járványok elleni védekezés, a környezet-egészségügy sok eleme mind ide sorolható –, az egészségvédelem és a közegészségügyi feladatkör konkrét azonosítása azonban egyértelműen a 20. század elejének fejleménye.

A modern hazai közegészségügy első szakasza – amelyet nagyjából az első világháború végén zárhatunk le – egy Bódy Zsombortól kölcsönzött kifejezéssel „a társadalom korának” nevezhető.<sup>101</sup> Az egészségügy terén mérföldkönek számító 1876-os közegészségügyi törvény

---

<sup>99</sup> Sugárné 2000, 86.

<sup>100</sup> Markusovszky 1886, 6.

<sup>101</sup> Bódy 2004

– mint arra már a bevezetőben is utaltam – az őt létrehozó korszak jellegzetes terméke volt: a liberális eszmékör jegyében ahol csak tehette, mellőzte a közvetlen állami irányítást és végrehajtást, törvényhatósági illetve községi szintre utalta a feladatokat.

Sem a törvényalkotás, sem a kiépülő állami és községi fennhatóság alatt álló egészségügyi intézményrendszer nem foglalkozott azonban az egyén szintjén értelmezett, az egyes egyénre irányuló egészségügyi prevenció kérdésével.<sup>102</sup> Ezen a téren a klasszikus liberális minta jegyében a „társadalmi” jelleg dominált. Társadalmi alapon szerveződtek a „népbetegségek” elleni harcot zászlajukra tűző szervezetek, az 1885-ös Orvosi és Közegészségügyi Kongresszus is erősen vitatta a közegészségügy állami szervezésének szükségességét. 1886-ban Markosovszky Lajos és Fodor József vezetésével megalakult az Országos Közegészségügyi Egyesület, amely programjában a magyar társadalom közegészségügyi szemléletének átforgalmazását, ember és környezet viszonyának javítását tűzte ki célul. 1887-től Egészség címen népszerűsítő folyóiratot is kiadtak és megindították az Egészség Könyvtára című ismeretterjesztő könyvsorozatot. A tuberkulózis elleni védekezés szervezését Korányi Frigyes professzor vállalta magára. A munkások Kék Kereszt egyesülete az 1890-es években megkezdte az alkoholizmus elleni harcot. 1898-ban létrejött a Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Szanatórium-Egylete, a József Főherceg Szanatórium-Egyesület, a nemi betegségekkel kapcsolatos felvilágosító munkát feladatául kitűző Teleia Egyesület, majd 1913-ban a Venereás Betegségek Elleni Országos Védő Egyesület. 1911-ben Müller Kálmán vezetésével megalakult a Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos és Központi Bizottsága.

Szociális téren a társadalmi jótékonyosság a század közepe óta főleg különféle jótékony nőegyesületekben, „jóltevő egyletekben” öltött testet. Ez kijelölte tevékenységük főirányát is: a részint lokális, részint felekezeti alapon szerveződő egyletek elsősorban támasz nélkül maradt polgárasszonyok, árva gyermekek segélyezését vállalták.<sup>103</sup> A nő és a gyermek megjelenése a társadalmi gondoskodásra érdemes csoportok közt a polgárosodás (és a városok) terméke. A 19. század második felében a hangsúly az özvegyek és az árvák segítésén volt. A fővárosban árvaházak, ingyenkonyhák, óvodák nyíltak. 1870-ben jött létre gróf Károlyi Istvánné és gróf Károlyi Korniss Clarisse szervezésében az Első Pesti Gyermekmenhely, amely évi 100 gyermek befogadására volt alkalmas. Az elhagyott vagy árva gyermekek gondozása tipikus városi (még inkább fővárosi) ügy volt. Az országban

<sup>102</sup> Az egészségügyi stratégiákra, az értelmezési keretekre vonatkozóan Kearns – Lee – Rogers 1995.

<sup>103</sup> Persze nem maradt el teljesen az általában értelmezett szegények, illetve hátrányos helyzetűek támogatása sem, a Budai Jótékony Nőegyesület és a Pesti Jóltevő Asszonyi Egyesület vakok és munkaképtelen szegények számára is szervezett intézeteket.

működött néhány kisebb árvaház (Kolozsvár, Nyitra, Balatonfüred), de a probléma a fővároson kívül csaknem teljesen megoldatlan volt.<sup>104</sup>

A gyermekvédelem ügyének további szélesedését hozta Szalárdy Mór, Szt. Rókus kórházi szülészorvos fellépése, aki az 1870-es évek végétől egyre több alkalommal hívta fel a figyelmet a törvénytelen gyermekek rettentően magas halálozására. „Tény, hogy egyetlen művelt állam sem oly mostoha a társadalom árvái iránt, mint a mienk s tény, hogy ezen igazi árvák árvaságuk következtében tömegesen elvesznek.” – fogalmazott.<sup>105</sup> Az árvák és elhagyott gyermekek szociális segítése az orvosi szakma érdeklődésének megjelenésével kapott egészségügyi színezetet is. A szegény beteg gyermekek ügye egyre exponáltabb témává vált. Szalárdy szervező munkájának eredményeképpen létrejött a Szegény Beteggyermek Egyesület, melynek tiszteletbeli elnöki posztját a miniszterelnök, Tisza Kálmán vállalta el, aki nem mellékesen fel is hívta a törvényhatóságok figyelmét az egyeslet működésére. Az egyeslet célja a szegény beteg gyermekek ingyenes orvossággal, orvoslással és táplálékkal való ellátása, a szegény szülő nők elhelyezése, gondozása és anyagi támogatása, valamint menhelyek és „dajkatelepek” létrehozása volt. 1887-ben az egyeslet felvette a Fehér-Kereszt Egyesület nevet – nagyszabású munkája révén jelentősen csökkent gondozottaik körében a halandóság, emelkedett a dajkaközvetítések aránya.<sup>106</sup>

1889-ben Országos Gyermekvédő Egyesület alakult, 1899-ben nemzetközi gyermekvédelmi kongresszust szerveztek Budapesten. A kormányzati beavatkozás is megkezdődött: ugyanettől az évtől a lelencek és az elhagyottnak nyilvánított gyermekek gondozását 7 éves korukig az állam az Országos Betegápolási Alap terhére biztosította. Az állam a feladatok ellátására szerződést kötött a Fehér-Kereszttel, majd 1901-ben állami feladattá nyilvánította az árva gyermekekről való gondoskodást. 1901-ben kezdte meg működését a Magyarországi Munkások Gyermekbarát Egyesülete, majd 1906-ban megalakult az Országos Gyermekvédő Liga – fő célja az árvák gondozásának megszervezése és az ehhez szükséges források előteremtése lett.<sup>107</sup>

---

<sup>104</sup> Pik 2001, 20–45.

<sup>105</sup> A budapesti kir. orvosegyelet felterjesztése a belügyészséghez a közárvaházak ügyében. *A budapesti kir. orvosegyelet 1879. évi évkönyve*. 65. Idézi Hahn 1960, 72.

<sup>106</sup> Az Első Pesti Gyermekmenhely gondozottai közül az első három évben például még minden második meghalt. (Pik 2001, 45.)

<sup>107</sup> Rottenbiller 1936

### *Az egészségügyi prevenció első országos szervezője: Az Országos Stefánia Szövetség*

1914 júliusában Budapesten megalakult a Városi Népségítő Iroda. Bárczy István, Budapest polgármestere az Iroda munkaterületei közé sorolta az anyák és csecsemők szociális és egészségügyi védelmét, és egyben megalakította az Iroda Központi Segítő Bizottságának anyavédő osztályát két szülőotthonnal. Bárczy koncepciója továbbment az Anyavédő Osztálynál, és felvetette az anya- és csecsemővédelem országos megszervezésének ötletét. A nagyszabású munkát széleskörű összefogás alapján lehetett csak elképzelni. Az ötlet kidolgozói állami, helyhatósági és társadalmi együttműködést kívántak, minden résztvevő számára kidolgozott speciális munkafeladatokkal. „Az államnak kell megcsinálnia az anyasági biztosítást, kell fejleszteni a dolgozó nők védelmét, a leányanyának és csecsemőjének jogvédelmét, javítani a csecsemőorvoslás tanítását, a bábaképzést és tanítani az anyaság egészségtanát; a községeknek kell felállítani a szülőházakat, a terhes-otthonokat, a csecsemőfelügyelő- és rendelőintézeteket, bölcsőintézeteket, rendezni a dajkaügyet és megteremteni a hivatásos gyámságot; a társadalomnak kellene felállítani a szoptatószobákat, gondoskodni az otthon szülő nők ellátásáról vándorkosarakkal és házi ápolónőkkel, a terhesség és szoptatás ideje alatt szükséges jobb táplálékról pedig tejkonyhák és vendéglők felállításával és szoptatási pénztárak létesítésével.”<sup>108</sup> A szervezés orvosi vonatkozásainak kidolgozását a gyermekgyógyászat kiválóságai, Heim Pál, Bókay János, Berend Miklós, Tauffer Vilmos vállalták magukra. Terveik alapján 1915. június 13-ára kitűzhatték az országos anya- és csecsemővédő szervezet alakuló ülését.

Az eseményre a budapesti új városháza közgyűlési termében került sor. Az alakuló szövetség munkájába a hazai politikai elit, az arisztokrácia illetve az orvosi kar prominensei is be kívántak kapcsolódni. Az alakuló ülésen beszédet mondott gróf Apponyi Albert, a képviselőház volt elnöke, volt vallás- és közoktatásügyi miniszter, Lónyay Elemérné, született Stefánia belga királyi hercegnő, Bárczy István, Prohászka Ottokár székesfehérvári püspök, az egyetemi tanár Bókay János és Tauffer Vilmos, valamint a gyermekgyógyász Ruffy Pál is. Az alapszabályok elfogadása után Apponyi Albert bejelentette az anya- és csecsemővédelem első magyarországi országos szervezete, az Országos Stefánia Szövetség megalakulását. Elnökké Apponyi Albertet, társelnökké báró Bánffy Györgynét, gróf Czebrían Istvánnét, gróf Teleki

---

<sup>108</sup> Madzsar 1915, 15–16.

Sándornét, Bárczy Istvánt és gróf Zichy Rafaelt választották. Stefánia hercegnő elvállalta a Szövetség fővédnöki tisztét.<sup>109</sup>

A Szövetség elsődleges munkaterületei között a terhes nők, a szülő nők, a gyermekágyas nők és a szoptató nők védelmét (anyavédelem), valamint az újszülöttek, csecsemők és kisgyermekek védelmét jelölte meg. Alapelveiket négy pontban foglalták össze: „Nem szabad, hogy az anya rosszabb gazdasági helyzetbe kerüljön azért, mert új embernek ad életet...! Nem szabad, hogy az anya áldozatává legyen a szülés folyamatának! Nem szabad, hogy az anya, ha szoptatni tud, ne maga szoptassa csecsemőjét! Nem szabad, hogy a csecsemő áldozatául essék az anya tudatlanságának!”<sup>110</sup> Komplex egészségvédelmi, szociális, oktató-nevelő munkaszervezet kiépítését célozták meg. A védő tevékenység alapfeltételeinek biztosítását az államtól és a törvényhatóságoktól várták.<sup>111</sup> Felvetették a kötelező anyasági biztosítás bevezetését, állami intézkedéseket sürgettek a babaügy, a dajkaügy rendezése, a házasságon kívül szült nők és a házasságon kívül született gyermekek jogvédelme ügyében. Apponyi képviselőházi beszédében is hangsúlyozta az egészségügyi prevenció fontosságát. Szólt a szociális biztosítási rendszer megreformálásának, az orvosi és egyéb egészségügyi szakképzés bővítésének és javításának, a gyermekorvosok, szülésznők, bábák létszámemelésének szükségességéről is.<sup>112</sup>

A Stefánia Szövetség a munka koordinálására Központi Irodát hozott létre. Ezen belül kezdték meg működésüket az egyes szakosztályok, az Orvosi, a Szociálpolitikai, a Propaganda-, a Jogi és a Közigazgatási Osztályok. Az egészségvédelem gyakorlati megvalósítását a Stefánia alkalmazásában álló orvosok mellett egy új egészségügyi intézménnyel, az egészségügyi védőnők rendszerével tervezték. 1915 novemberében indult a Szövetség szervezésében az első anya- és csecsemővédőnői tanfolyam. A tanfolyamra jelentkező nőktől 4 elvégzett polgári iskolai osztályt, magyar nyelven írni-olvasni tudást, valamint feddhetetlen előéletet követeltek. 1916 májusában beindult a második tanfolyam, majd innentől kezdve féléves rendszerességgel újabb csoportok oktatását kezdték el. Az

---

<sup>109</sup> *Jelentés a Stefánia Szövetség működéséről. 1915. jún. 13.–1917. jún. 15.* Budapest, 1917. 9–37.

<sup>110</sup> Madzsar 1915, 6.

<sup>111</sup> „Az anya- és csecsemővédelem célja ... reámutatni azokra az intézkedésekre és intézményekre, amelyeket a törvényhozásnak, a hatóságoknak és a társadalomnak fogadtatni, illetőleg alapítani kell, hogy minél több, lehetőleg minden anya ... abban a helyzetben legyen, hogy az egyéni higiéne ... rendszabályait be is tarthassa.” (Temesváry 1916, 5–6.)

<sup>112</sup> Apponyi 1916

okleveles anya- és csecsemővédőnők a Stefánia Szövetség alkalmazásába kerültek, elhelyezésükről, munkába állításukról a Központi Iroda gondoskodott.<sup>113</sup>

1916-ban a Stefánia Szövetség megkezdte az országos hálózat kiépítését: az első évben Szeged, Arad, Debrecen, Újpest, Kolozsvár, Salgótarján városában és Pakson alakult meg a helyi Stefánia Fiókszövetség. 1917-ben Temesvár is csatlakozott hozzájuk. A Fiókszövetségek és a központ viszonya egyelőre jogi értelemben rendezetlen volt. A fiókszövetségek az Országos Szövetség mintájára kiépítették saját szervezetüket, bár nem feltétlenül másolták egyértelműen a Központi Iroda szervezetrendszerét. Az 1917-es év döntő fontosságú volt a Stefánia Szövetség életében. A 39.088/1917.BM és a 135.840/1917.BM sz. rendelet állami feladattá nyilvánította az anya- és csecsemővédelmet, ellátásával pedig az államtól átruházott hatáskörben az Országos Stefánia Szövetséget bízta meg. A rendelet a Stefániát a Belügyminisztérium felügyelete alá helyezte, feladatai közé sorolta a védőintézeti anyavédelmet, a védőintézeti csecsemő- és kisgyermekvédelmet, egészségügyi propaganda folytatását, valamint egyéves védőnőképző tanfolyamok szervezését.<sup>114</sup> Hosszú távú feladatként megfogalmazódott az anya- és csecsemővédelemnek városoktól a falvak felé haladó megszervezése, majd az egészségvédelem kiterjesztése a tuberkulózis- és a nemibetegvédelemre. A végső céllá tehát egy, a speciális védekezési ágakból kiinduló, azokat fokozatosan egyesítő, az egész országra kiterjedő általános egészségvédelmi rendszer kialakítása vált.<sup>115</sup>

Az 1918-as összeomlás, majd a trianoni határmódosítások erősen megrázták a Stefániát. Mivel elsősorban a leginkább veszélyeztetett erdélyi, délvidéki illetve felvidéki területeken kezdte meg a szervezést, intézményeinek és személyzetének jelentős része a szomszédos országokhoz került. Az első segítséget 1920-ban kapták: a magyarországi Hollandi Misszió támogatásával tejkonyhát és rendelőintézetet tudtak létesíteni Budapesten. A tejkonyhát 1924-ig az Uránia Nővédő Egyesülettel közösen üzemeltették. A következő évben újraindult az egyelőre továbbra is hat hónapos védőnőképzés, majd 1921 júniusában megnyitotta kapuit a budapesti Apponyi Albert Anyaotthon. Újraindult a fiókszövetségek szervezése is: az 1920-as

---

<sup>113</sup> *Jelentés a Stefánia Szövetség működéséről. 1915. jún. 13.–1917. jún. 15.* Budapest, 1917. 50.

<sup>114</sup> Melly – Zuckermann 1931, 93. A védőnőképzés fontosságát jelzi, hogy Ugron Gábor belügyminiszter külön rendeletben is kihirdette a védőnői intézmény megszervezését, valamint az állam részéről elvállalta, hogy viseli a védőnők szakképzésének teljes költségét. Az állam emellett további költségeket is átvállalt a Stefániától, így a higiénikus segélyezés egy részét, az országos és törvényhatósági biztosok tiszteletdíját és útiköltségeit, a központi és törvényhatósági védőnők fizetését és útiköltségeit, valamint a helyi védőnők javadalmazásának azt a részét, amelyet a helyi társadalom és az önkormányzat nem tud előteremteni. (Atzél 1928, 163–164)

<sup>115</sup> Szénásy 1997, 178–179.

27-ről 1921 végére 45-re emelkedett a számuk.<sup>116</sup> Máshonnan is érkezett segítség: az Amerikai Vöröskereszt Egylet a Stefánia Szövetséggel együttműködve az 1921-es év folyamán országszerte 56 anya- és csecsemővédő-intézetet állított fel, újrateremtve ezzel a magyarországi anya- és csecsemővédelem intézményi alapjait. 1922. június 1-gyel a Stefánia átvette a Vöröskeresztől a védőintézetek fenntartását és igazgatását, és újra önállóan intézte az egészségvédelem szervezését.<sup>117</sup>

1921–22-ben a Stefánia Szövetség a külső segítségeknek köszönhetően az immár megkisebbedett országterületen megkezdhette az anya- és csecsemővédelem intézményeinek rendszeres kiépítését, az intenzív prevenciós munkát.<sup>118</sup> 1923-ban belügyminiszteri rendelet kötelezte a védőintézettel ellátott törvényhatóság területén működő állami anyakönyvvezetőket, hogy minden születést 24 órán belül közöljenek a területileg illetékes anya- és csecsemővédőállomással.<sup>119</sup> A következő évben a 151.317/1924.NMM rendelet kijelentette, hogy anya- és csecsemővédelmet társadalmi egyesületek, községek, városok csak az Országos Stefánia Szövetség ellenőrzése és irányítása mellett végezhetnek. A Stefánia Szövetség a magyarországi egészségvédelem csúcsszerve lett.

Nagy ütemben folyt az országos hálózat szervezése. Ennek jegyében védőintézeteket, tejkonyhákat, bölcsődéket és napközi otthonokat, anya- és szülőotthonokat hoztak létre. Az ellátó-intézmények típusainak megalkotásánál elsődleges cél volt az anyák és a csecsemők, kisgyermek minél szélesebb körű gondozásba vétele. A szülésekkel kapcsolatban alapelveként fogalmazták meg, hogy azok lehetőleg otthon is lebonyolíthatók legyenek. Ennek természetesen velejárója volt az otthoni higiénés körülmények optimalizálása, a fertőzés veszélyének lehetséges minimumra csökkentése. Ennek érdekében az egyes fiókszövetségeket arra utasították, hogy a központtól ún. „szülészeti vándorládát” béreljenek. A vándorláda

---

<sup>116</sup> Keller 1926

<sup>117</sup> *Tájékoztató az anya- és csecsemővédelem kérdéséhez.* Budapest, 1932.

<sup>118</sup> A munka egységesítését szolgálta a központi mintaintézetek (Országos Magyar Anya- és Csecsemővédelmi Központ – Zita Királyné Intézet) létrehozása. Ezek keretén belül működött a központi Védőnői Iroda, amely tanácsadással, terhes- és csecsemőelhelyezéssel, anyák munkába állításának segítségével, valamint különböző segélyezések intézésével foglalkozott; a bírósági, házassági, gyermektartási, törvényesítési, örökbefogadási, stb. ügyekben eljáró Jogvédő Iroda; a 25 ágyas Gróf Apponyi Albert Anyaotthon; a Központi Laboratórium; a Központi (Hollandi) dispensaire; a Központi (Hollandi) Tejkonyha; valamint a M. kir. áll. Anya- és csecsemővédőnőképző Intézet és Internátus. A központi intézményekhez később a budapesti Fehérkereszt Kórházban működő gyermekgondozónői tanfolyam, valamint egy anya- és csecsemővédelmi múzeum társult. *Az Országos Stefánia Szövetség az anyák és csecsemők védelmére ismertetése.* Budapest, 1925. 2–4.

<sup>119</sup> 137.681/1923.BM, közli Atzél 1928, 441–442.



azokat az eszközöket tartalmazta, amelyek a biztonságos szülés levezetéséhez nélkülözhetetlenek.<sup>120</sup>

Rendellenesnek ígérkező szülés esetén az orvos a terhes anyát szülőintézetbe utalta. A szülőintézetek rendszerét csak 1925-ben kezdte kiépíteni a Szövetség, viszont számuk a harmincas években gyors emelkedésnek indult. A szülőotthonok mellé 1930-ban kezdték meg a csecsemő- és gyermekkórházak létesítését, 1930-ban 2, 1933-tól 3, 1935-től pedig már 4 stefániás gyermekkórház üzemelt az országban. Más célt szolgáltak az anyaoththonok: itt azokat a gyermeküket megszült anyákat helyezték el (gyermekükkel együtt) ideiglenesen, akik lakáskörülményei alkalmatlanok voltak a gyermektartásra, és akik szülésük miatt átmenetileg hajléktalanná és/vagy állástalanná váltak (pl. volt házicselédék). Az anyaoththoni elhelyezés meg nem határozott időre szólt, de a Szövetség fontos feladata volt, hogy az anyaoththonból minél hamarabb jobb megoldást nyújtó helyre közvetítse ki az anyákat és gyermeküket. 1926-ig egy stefániás anyaoththon (az Apponyi Albert Anyaoththon) működött Magyarországon, ezután fokozatosan újabbakat alapítottak, de számuk nem érte el a szülőotthonok számát.

A csecsemők és a kisgyermekesek egészségvédelmét szolgálták a Stefánia által létesített és üzemeltetett tejkonyhák, valamint a bölcsődék és napközi otthonok. A tejkonyhák az anya által anyatejjel nem táplálható csecsemők ellátására, illetve a helytelen táplálásból fakadó nagy arányú nyári csecsemőhalandóság visszaszorítására jöttek létre. A csecsemők a tejkonyhákból a védőintézeti orvos által rendszeresen ellenőrzött minőségű napi tejadagban részesültek. Az első tejkonyha a már fentebb említett budapesti Uránia Tejkonyha volt, ez 1924-ben Központi Tejkonyhává alakult és a mintaintézetek sorába emelkedett. 1924-től kezdve országsszerte megindult a tejkonyhák szervezése. 1933-ban már 100 fölé emelkedett a számuk, 1938–39-ben pedig 150 Stefánia-tejkonyha üzemelt az országban.

A Stefánia Szövetség célkitűzései közé tartozott az újszülöttkor utáni egészségvédelem szervezése is. Az egészségvédelemben részesített gyermekek köre egészen a három éves felső korhatárig terjedt ki. Az egészségvédelem eszméjét mint már fentebb láttuk, szociális célkitűzésekkel, illetve nevelési célokkal is kiegészítették. Fontos szempont volt, hogy a szülés illetve a kisgyermek ellátása miatt az anya ne essen ki a társadalomból, ne szenvedjen kárt a család megélhetéséhez gyakran nagyban hozzájáruló asszonyi munkavégzés. A Stefánia

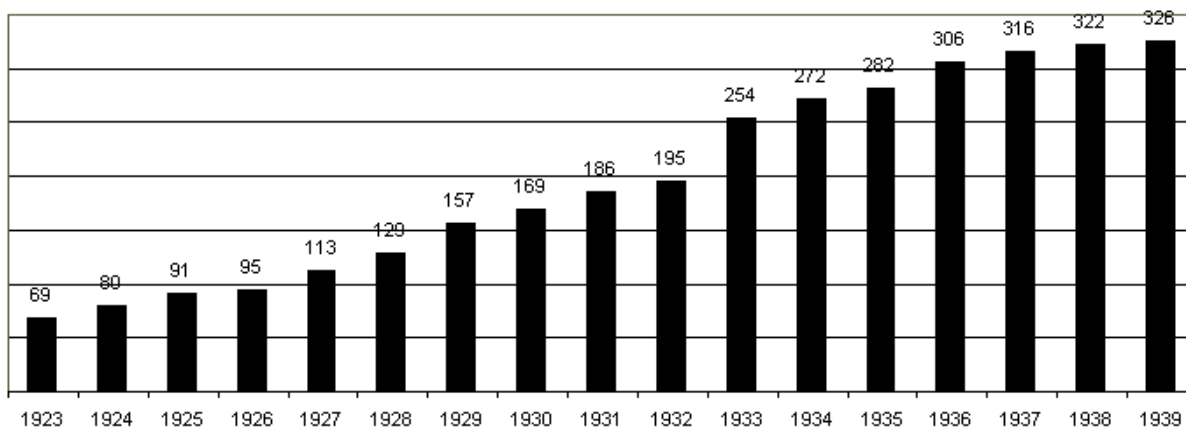
---

<sup>120</sup> *Mi a célja az „Országos Stefánia Szövetség anyák és csecsemők védelmére” (községi) fiókszövetségeinek?* Budapest, 1933, 10.

kezdetben bölcsődék létesítésével igyekezett egyrészt tehermentesíteni az anyákat, másrészt ellenőrzött körülmények között ellátást és felügyeletet biztosítani a csecsemők részére. Hamar felmerült azonban a csecsemőkoron túl lévő kisgyermekek ilyen irányú elhelyezésének igénye. Az 1920-as évek végétől a bölcsődéket napközi otthonokkal egészítették ki, így már az összes 3 év alatti gyermekkel rendelkező szülő számára biztosíthatták a gyermek napközbeni szakszerű felügyeletét. Természetesen a bölcsődei, illetve napközi otthoni ellátás kiépítése anyagi és személyzeti szempontból is komoly kihívások elé állította a Szövetséget, így a rendszer kiépítése meglehetősen lassan ment végbe, és a korszak végére is csak 61 ilyen intézményt sikerült megalakítani.

Az országos szervezet alapját a Stefánia fiókszövetségek hálózata adta. Fiókszövetségek a Szövetség kiépülési elveinek megfelelően elsősorban a 10000 főnél népesebb településeken szerveződtek, de a Szövetség kísérletképpen néhány 1–2000 fős faluban is megkezdte a védelmi rendszer létrehozását.<sup>121</sup>

**1. ábra A Stefánia-fiókszövetségek számának alakulása (1923–1939)**



(Forrás: Összesített kimutatás az országos szervezet fejlődéséről, működéséről és az elért eredményekről. In *Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1939. évi működéséről*. Kalocsa, 1940, 40.)

A fiókszövetségek munkája igazán az 1929-es gazdasági válság következtében vált fontossá. A válság hatására az addigi stabil állami támogatás nemhogy nem követte az intézményhálózat bővülését, és ez által a fenntartási terhek növekedését, hanem 1932-ben az akkor már 5 éve rendszeresen folyósított 1200000 pengős támogatást még csökkentették is. A

<sup>121</sup> Keller 1931

pénzelvonás megakasztotta a Stefánia Szövetség addigi intenzív terjeszkedését. A fiókszövetségek munkája szociális természetű lett: gyűjtéseket, ünnepélyeket rendeztek, ezek bevételét részint segélyezésre fordították, részint pedig felhalmozták – az új előírások szerint ugyanis nekik (valamint az adott községnek) kellett finanszírozniuk a felállítandó védőintézet megalakítási költségeit.<sup>122</sup> A fiókszövetség saját forrásból szerezte be a szülészeti vándorládát illetve a vándorkelengyét, de gyűjtésekből, felajánlásokból étkeztetési akciókat, tejakciókat is szervezett. Ezeken kívül „szervezte a helyi társadalmat”, propagandamunkát végzett, bekapcsolódott a községi vagy megyei ínségakciók lebonyolításába. A fiókszövetségek feladatává tették (védőintézet és védőnő hiányában) a terhesek felkutatását és segítését, esetleges szülőotthonba juttatásuk költségeinek előteremtését, de a majdani egészségvédő feladatot ellátó orvos felkutatását, megnyerését is.<sup>123</sup> A Stefánia Szövetség tevékenysége tehát egyre markánsabban kétfelé vált: egészségügyi szakmunkára és szociális-karitatív tevékenységre. Előbbi a hivatásos alkalmazottak feladatköre maradt, utóbbit azonban már a „társadalom”, pontosabban fogalmazva a fiókszövetségbe tömörült helyi társadalom látta el.

A Stefánia Szövetség egészségügyi szakembergárdáját a Szövetség alkalmazásában álló orvosok és az anya- és csecsemővédőnők alkották. Az orvosok szerepe egyértelmű: ők végezték a tényleges prevenciós szakmunkát, ők látták el az anya- és csecsemővédelem szűken vett orvosi részfeladatait. A Stefánia alkalmazásában álló orvosok száma a védőintézetek számával együtt gyorsan gyarapodott, a korszak végére a 600-at is meghaladta. A munka nagy részét az „egészségügyi segédszemélyzet” besorolás alá eső védőnői kar végezte. A védőnők az Anya- és Csecsemővédőnőképző Intézet tanfolyamán végeztek, 1925-től kezdve csak az itt kiadott oklevél birtokában lévők tevékenykedhettek ebben a munkakörben. A képzés kezdetben 6 hetes volt, előfeltételnek – mint már fentebb is említésre került – többek között 4 elvégzett polgári osztályt követeltek meg. A tanfolyam anyagát szülészeti, csecsemő- és gyermekgondozási, ápolási, táplálási ismeretek, általános gyermekvédelmi ismeretek, törvényi és közegészségügyi ismeretek adták. 1917-ben a képzés decentralizációját szem előtt tartva Szegeden, Temesváron, Kolozsvárott, Nagyváradon, Szombathelyen és Debrecenben is indítottak védőnői tanfolyamokat. 1918-ban 3 hónaposra

---

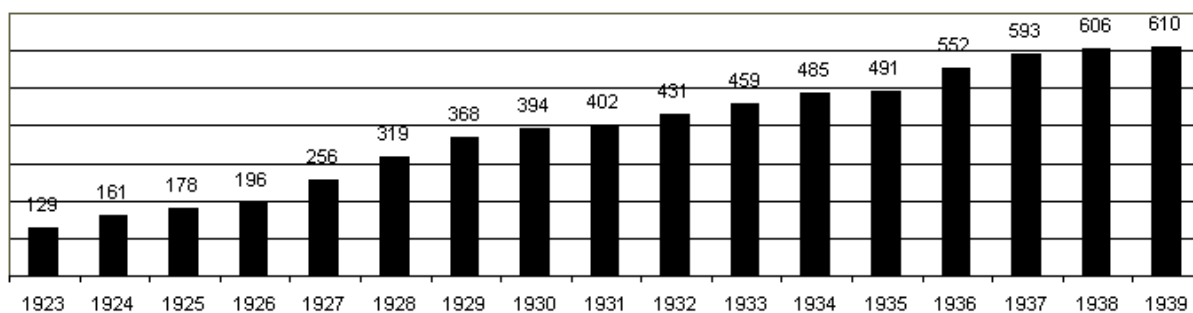
<sup>122</sup> *Tájékoztató az anya- és csecsemővédelem kérdéséhez.* Budapest, 1932, 5.

<sup>123</sup> *Mi a célja az „Országos Stefánia Szövetség anyák és csecsemők védelmére” (községi) fiókszövetségeinek?* Budapest, 1933, 3–9.

növelték a tanfolyam időtartamát, a tanmeneten azonban ekkor még nem változtattak jelentősen.<sup>124</sup>

A háború után csak Budapesten indult újra a képzés, ekkor 6 hónapos tanfolyamokat szerveztek. A nagy újjászervezésre 1925-ben került sor. A felvételhez ekkor már 4 elvégzett gimnáziumi osztályt követeltek. A tanfolyam 6 hónap előzetes gyakorlati munkával kezdődött. Ezt 10 hónapos elméleti képzés, majd újabb 6 hónap gyakorlat követte, a védőnőjelölt csak ezután kapta kézhez oklevelét.<sup>125</sup> Az okleveles védőnőt ezután először ideiglenesen nevezték ki valamely intézethez, véglegesítésükre csak kétévi kifogástalan munka után kerülhetett sor. A védőnők – bár fizetésüket az államtól kapták – nem minősültek állami alkalmazottnak, nyugdíjjogosultságot sem élveztek.<sup>126</sup>

**2. ábra A Stefánia Szövetség által alkalmazott orvosok száma**



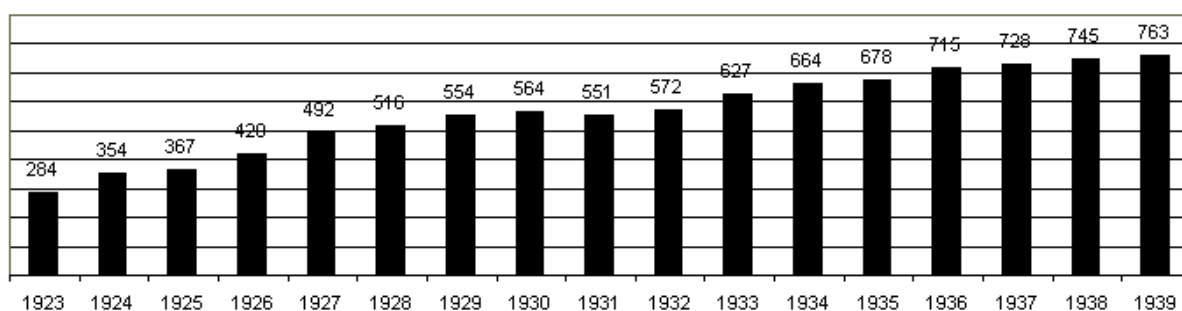
(Forrás: Összesített kimutatás az országos szervezet fejlődéséről, működéséről és az elért eredményekről. In *Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1939. évi működéséről*. Kalocsa, 1940, 40.)

<sup>124</sup> Keller 1926, 10–11.

<sup>125</sup> Keller 1926, 22.

<sup>126</sup> Az anya- és csecsemővédőnők szolgálati szabályzata. Budapest, 1927.

**3. ábra A Stefánia Szövetség által alkalmazott anya- és csecsemővédőnők száma**



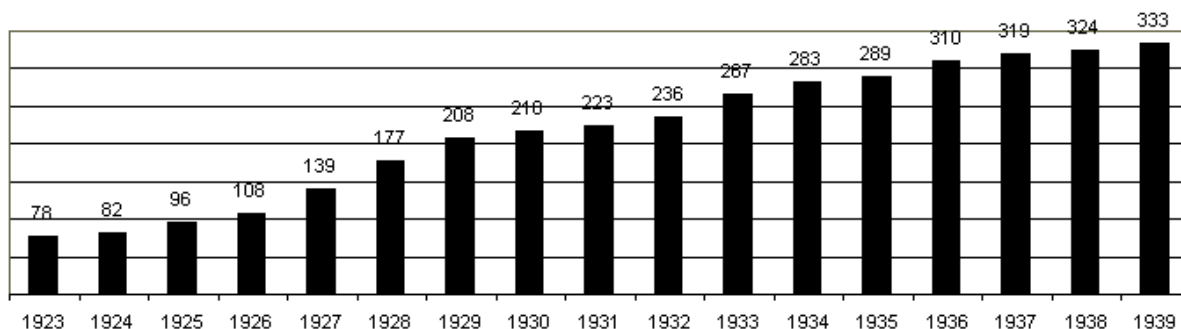
(Forrás: Összesített kimutatás az országos szervezet fejlődéséről, működéséről és az elért eredményekről. In *Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1939. évi működéséről*. Kalocsa, 1940, 40.)

A védőnők feladata meglehetősen sokrétű volt. Segédkeztek az orvosnak a tanácsadások és vizsgálatok alkalmával, rendszeresen látogatták a védőintézet által ellátott családokat, az anyákat oktatták a csecsemők és a gyermekek helyes gondozásának, táplálásának, öltöztetésének elveire. Egészségügyi tevékenységük mellett szociális tevékenységet is végeztek, megkeresték a segélyezésre jogosultakat, gazdasági, szociális jellegű tanácsokkal látták el a körzetükbe tartozó anyákat.

Az egészségvédelmi tanácsadás helyi szerve az anya- és csecsemővédő intézet volt. A védőintézet tevékenységi körébe tartozott a terhességvédelem, a gyermekágyas és szoptató nő védelme, valamint a csecsemő- és kisgyermekvédelem is. A terhesek védelmét a 4–6. héten kezdték meg. A védőintézetek munkáját nagyban megkönnyítette a rendeleti szabályozás a születések kötelező bejelentéséről. A prevenciós munka ellenőrzése, esetleges javítása érdekében nagy horderejű volt a belügyminiszter 1924-es rendelete, melyben kötelezővé tette a hároméves kor alatt elhalt gyermekek halálesetének 24 órán belüli bejelentését az illetékes védőintézetbe.<sup>127</sup> A védőintézetek számára a legfőbb nehézséget a terhességvédelem megszervezése okozta – a bábák nem voltak kötelesek bejelenteni a tudomásukra jutott terhességi eseteket, ezért a terhességi esetek sok esetben elkerülték az intézetek figyelmét.

<sup>127</sup> 4563/1924.BM (Atzél 1928, 506.)

**4. ábra A Stefánia Szövetség által szervezett anya- és csecsemővédőintézetek számának alakulása (1923–1939)**



(Forrás: Összesített kimutatás az országos szervezet fejlődéséről, működéséről és az elért eredményekről. In *Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1939. évi működéséről*. Kalocsa, 1940, 40.)

#### ***A csecsemőhalandóság alakulása***

Az újszülöttek és csecsemők (1 hónap, illetve 1 év alattiak) egészségügyi viszonyainak tekintetében Magyarország Európában igen rossz helyzetű országnak számított. A Balkánra és a Szovjetunióra vonatkozóan ugyan sajnos nem rendelkezünk megbízható adatokkal, de mindenképpen elmondható, hogy Magyarországon a száz élveszülöttre jutó csecsemőhalálozás Európában a 20. század első felében végig a legmagasabbak közé tartozott. Rosszabb arányokat csak *Romániában*, *Bulgáriában* és néhány évben *Portugáliában* valamint *Litvániában* regisztráltak.

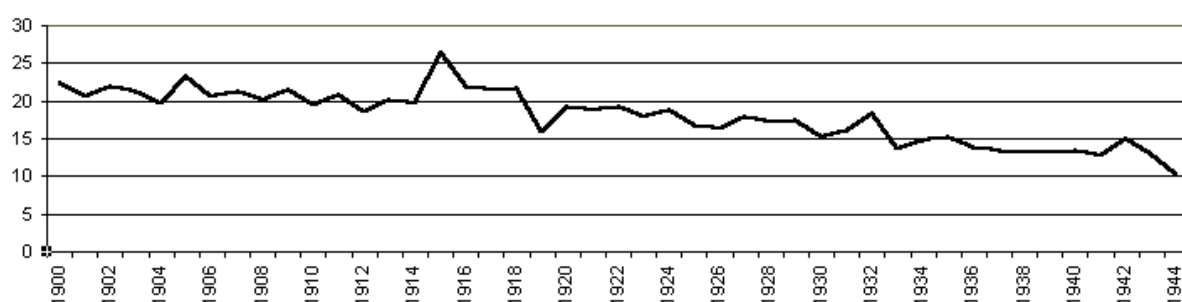
1. táblázat Néhány európai ország csecsemőhalandóságának alakulása (száz élveszülöttre)

	1911–13	1916–18	1919–21	1923	1926	1932	1936	1939
<i>Magyarország</i>	19,8	21,7	18,2	18,4	16,7	18,4	13,9	12,2
Románia	<b>20,2</b>			<b>20,7</b>	<b>19,4</b>	<b>18,5</b>	<b>17,5</b>	<b>17,6</b>
Litvánia				14,7	14,6	16,7	12,8	12,2
Portugália						14,4	13,8	
Bulgária	15,9	14,9		15		15	<b>14,4</b>	<b>13,8</b>
Spanyolország	15,2	16,2	15,6	14,8	12,7	11,2	10,9	
Olaszország	14,1	17,1	12,8	12,8	12,7	11	10	9,7
Ausztria	19,3	19	15,4	14,2	12,3	10,6	9,3	7,4
Belgium	13,9	12,9	10,8	10	9,7	8,7	7,9	
Finnország	11,2	11,5	10,6	9,2	8,6	7,4	6,6	
Franciaország	12,5	13,1	11	9,6	9,7	7,7	6,7	6,7
Németország	16,4	15,2	12,9	13,2	10,2	7,9	6,6	6
Dánia	9,8	9,1	8,6	8,3	8,4	7,2	6,7	5,8
Anglia	11,1	9,5	8,3	6,9	7	6,5	5,9	
Svédország	7,1	6,6	6,4	5,6	5,7	5,1	4,3	3,9
Svájc	10,4	8,2	8	6,1	5,7	5,1	4,7	4,3
Hollandia	10,5	8,8	7,7	5,7	6,1	4,6	3,9	3,4
Írország	9	8,6	8,3	6,6	7,4	7,2	7,4	6,5

(Szél 1930, 295., Szél 1937, 871., Szél 1939c, 1030., Petrilla 1943, 121.)

Az adatok Magyarország európai viszonylatban véve komoly elmaradottságát mutatják. Ezen még a nemzetközi statisztikai irodalom kisebb módszerbeli eltérései sem sokat javítanak, de a pontosság kedvéért meg kell említeni ezeket. Magyarországon élveszületésnek tekintettek minden olyan születést, amelynél az újszülött valamilyen életjelt adott. Egyes nyugati országok (Anglia, Belgium, Franciaország) statisztikája ellenben nagyvonalúbban kezelte az eseteket, és a születés és az anyakönyvi bejegyzés közötti időszakban elhalt újszülötteket a halvaszületettek közé sorolta. Pontosan nem tudni, mekkora arányt tettek ki ezek a halálesetek, ezért a fenti adatsorokat sem lehet megfelelően korrigálni; a tendenciát – a nyugati államok jobb csecsemőhalandósági mutatóit azonban feltehetően az összehasonlítás szempontjából is helytállónak fogadhatjuk el.<sup>128</sup> Budapest csecsemőhalandósága az 1920-as évek közepén Európa nagyvárosait tekintve szintén a legmagasabbak közé tartozott (12–15%), hozzávetőleg *Velencéével* párhuzamosan mozgott. Rosszabb arányokat csak *Varsó*, *Moszkva* és *Sevilla* mutatott.<sup>129</sup>

5. ábra A csecsemőhalandóság alakulása Magyarországon (száz élveszülöttre)



(Forrás: Szél 1930., Petrilla 1944.)

A csecsemőhalandóság magyarországi alakulásának diagramjáról lassú, megszakításokkal teli, de egyértelmű csökkenés olvasható le. Nagyobb kiugrások (pozitív vagy negatív irányban) az 1915-ös, 1919-es, 1932-es és 1942-es évhez köthetők. A három háborús (illetve közvetlenül a háború utáni) évi csecsemőhalandósági arányszámot módszertani alapról lehet magyarázni. Adott időszak csecsemőhalandóságának kiszámítását az adott időszakban elhalt csecsemők és ugyanazon időszak élveszületettjeinek arányából szokás kiszámolni. Az első

<sup>128</sup> Petrilla 1943, 119–120.

<sup>129</sup> Thirring 1926b, 547.



világháború kiterjedését hozó 1915-ös évben drasztikusan csökkent a szülések aránya, a lecsökkent újszülött számhoz azonban nagyrészt még a megelőző, 1914-es évben született csecsemők halálozási számát arányították, a mutató így hirtelen igen magasra szökött. Ezzel szemben az első békeév, 1919 ellentétes folyamatokat produkált, a csecsemőhalandósági mutató így alacsony lett.<sup>130</sup> A korszak végén, a második világháború alatt az 1942-es év produkált magas csecsemőhalálozási arányt (15,1%), ehhez képest a következő évek javulást hoztak, 1944-ben már csak 10,26% a mutató értéke. Grafikonunkon ugyan nem ábrázoltuk, de érdemes megjegyezni, hogy 1945 ismét súlyos romlást hozott ezen a téren: a csecsemőhalálozás 16,91%-ra emelkedett.<sup>131</sup>

A csecsemőkor betegségei között az inkább „elfedő” diagnózisként értékelhető „veleszületett gyengeség”, a fejlődési hiányok és rendellenességek; az emésztőszervi megbetegedések: a gyomor- és bélhurut és az ezekből következő hasmenések; a megfázások, tüdőgyulladások, valamint az idegrendszer – gyakran „görcsök, rángások” néven feljegyzett – betegségei okozták a legtöbb problémát. A fertőző betegségek közül elsősorban a vérhas, a szamárköhögés, az influenza, továbbá a világra hozott szifilisz szedett sok áldozatot a csecsemők körében.<sup>132</sup>

A csecsemők táplálkozási zavaraira visszavezethető halálokok társadalmi rétegek szerinti megoszlása a szociális körülmények különbségének szerepére hívja fel a figyelmet. Az 1910-es évek elején az ilyen eredetű csecsemőhalottak nagy arányban a *k.m.n. napszámosok* (az összes ebbe a csoportba sorolt személyhez viszonyítva 11,55%), a *mezőgazdasági munkások* és a *bányászok* (16–16%) körében fordultak elő. Elképesztő méreteket öltött a házicselédék csecsemőinek halálozása. A foglalkozási főcsoport teljes lélekszámahoz viszonyítva csak a táplálkozási eredetű betegségek (emésztőszervi betegségek) miatt elhalt csecsemők aránya 70%-et tett ki. Általában elmondható, hogy ezek a típusú betegségek a különböző foglalkozási csoportokon belül nagyobb arányban szedték áldozataikat az altisztek, szolgák, segédszemélyzet, mint a tisztviselők, önállók gyermekei között. Az *őstermelők* közül a legrosszabb arányokat a *mezőgazdasági munkások* mutatták, őket a *kisbirtokosok*, a *gazdasági cselédek*, a *tisztviselők*, végül a *birtokosok* követték.<sup>133</sup>

---

<sup>130</sup> Petrilla 1943, 122.

<sup>131</sup> Józan 1997, 376.

<sup>132</sup> Szél 1930, 301–302., Petrilla 1943, 127.

<sup>133</sup> Buday 1917, 10–15.

A vármegyék csecsemőhalandósága lényegesen rosszabb volt a városokénál. Az 1920-as évek elején a vármegyékben száz élveszülöttre 19,6, a törvényhatósági városokban 17,2 csecsemőhalott jutott, a 30-as évek végén az arány 13,6 illetve 10%. Legrosszabb mutatói a keleti országrésznek (*Szabolcs, Ung, Szatmár, Bereg, Hajdú, Zemplén* vármegye), illetve *Somogy*nak és *Baranyának*, a városok között pedig *Pécsnek, Miskolc*nak, valamint a nagy, tanyás alföldi városoknak: *Debrecennek, Kecskemétnek* és *Szegednek* voltak.<sup>134</sup> A tanyák csecsemő-egészségügyével foglalkozó vizsgálat 20 alföldi város és község tanyáin 25,7%-os csecsemőhalálozási arányt tárt fel, míg az érintett települések belterületein a mutató „csak” 15,2%-ot ért el.<sup>135</sup> A visszacsatolt területek ebben a vonatkozásban is rosszabb helyzetben voltak: 1940-ben *Kárpátalja* csecsemőhalálozása 16,4%, *Máramaros* vármegyéé 16,7%, a kiegészült *Beregé* 16,6%, *Ugocsáé* pedig 19,2%.<sup>136</sup>

Kortárs elemzések a Stefánia Szövetség keretében működő védőintézetek kapcsán megállapították, hogy azok igen eredményesen vették fel a küzdelmet a vetélések, az illegális fogamzásgátlások és magzatelhajtások ellen. Viszonylag jó eredményeket értek el a nyári csecsemőhalálozás visszaszorításában is. Nem tudtak azonban javítani a téli betegségek okozta halálozási statisztikán – itt a csak preventív munka kevésnek bizonyult. A megfázásból, tüdőgyulladásból bekövetkező csecsemő- és gyermekhalandóság visszaszorítására egyértelműen több anyagi erőforrásra, hatékonyabb szociális segítő tevékenységre lett volna szükség.<sup>137</sup>

A csecsemőhalálozás kor szerinti megoszlása alapján megkülönböztethetjük az újszülöttkori (1 hónapos kor alatti) és a (tényleges) csecsemőkori (1 éves kor alatti) halálozást. Magyarországon a vizsgált időszakban mindkét mutató javult, bár eltérő mértékben. Statisztikai elemzések arra mutatnak rá, hogy az újszülöttkori halandóság, amely döntő többségében az első néhány napra esik, valamivel erőteljesebben javult, mint az első életév további időszakára eső halandóság.<sup>138</sup> Ez a megállapítás némi pontosítást igényel. A csecsemőhalandóság korcsoportok szerinti megoszlását tekintve azt láthatjuk, hogy az újszülöttkori halandóság 1914 és 1941 között körülbelül ugyanannyi maradt, az összes csecsemőhalandóság mintegy 40%-át tette ki. Fontos eltérések az újszülöttkori halandóságon belül vannak, nevezetesen míg az egy napos kor előtt elhaltak aránya közel két és félszeresére

---

<sup>134</sup> Pfeiffer 1926., Szél 1937, 871., Szél 1939c, 1031.

<sup>135</sup> Fekete 1928, 40–41.

<sup>136</sup> Petrilla 1943, 123–124.

<sup>137</sup> Keller 1931, Szénásy 1931, 12.

<sup>138</sup> Szél 1933, 483.

nőtt, addig az 1–30 napos korosztály halálozása körében jelentős, 50–55% körüli csökkenés figyelhető meg. Az első hónaptól a 12. hónapig tartó életszakaszban is csökkent a halálozás aránya, azonban valamivel kisebb mértékben, az 1941. évi arány ebben a korcsoportban az 1914. évinek mintegy 58–59%-a.<sup>139</sup> Szakemberek véleménye szerint minél korábban következik be a csecsemőhalálozás, annál valószínűbb, hogy endogén okokra, veleszületett rendellenességekre, illetve a perinatális korszakban bekövetkezett elváltozásokra vezethető vissza. Az első hónap utáni halálozások esetében ugyanakkor a helytelen gondozás, rossz táplálás, általános elhanyagolás szerepe nő meg.<sup>140</sup>

**2. táblázat A csecsemőhalandóság korcsoportok szerint 100 élveszületésre**

	1 napon alul	1–6 nap	7–30 nap	1–5 hónap	6–11 hónap
1914	0,53	2,69	4,58	7,66	4,23
1921	0,54	2,91	4,9	7	3,92
1931	0,38	2,7	3,32	6,32	3,45
1938	1,46	1,47	2,46	5,14	2,61
1941	1,29	1,35	1,98	4,5	2,44
<i>az 1941. évi az 1914. évinek %-ában</i>	<i>243</i>	<i>50,2</i>	<i>43,2</i>	<i>58,7</i>	<i>57,7</i>

(Hoóz 1970, 182.)

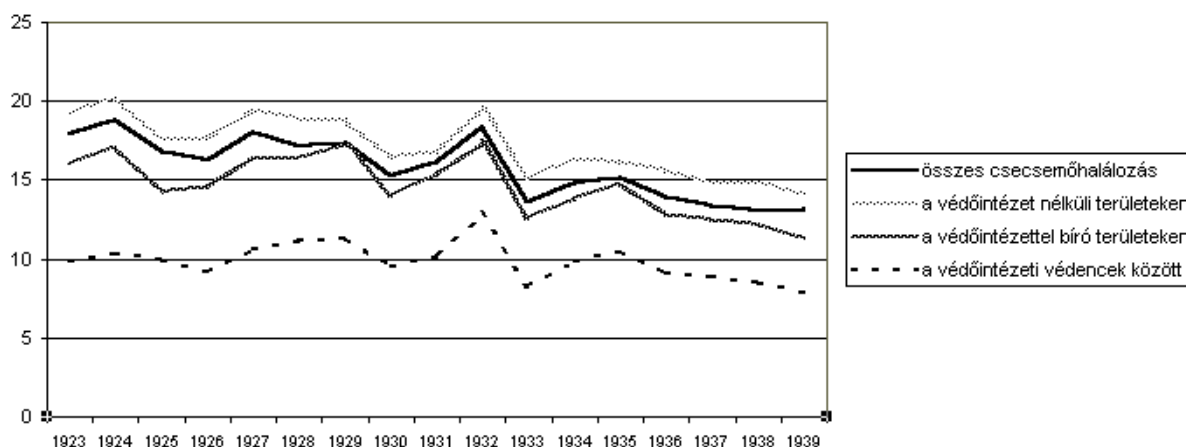
Az 1930-as évek közepén a Stefánia Szövetség orvosai a csecsemőhalálozás jellegzetességeinek vizsgálata során megállapíthatták, hogy a beszervezett területeken a késői csecsemőhalálozás elleni küzdelem és a kisgyermekvédelem ügye nagyjából megoldódott. A problémák a korai csecsemőhalandóság és az újszülötthalandóság esetében nem tűntek el. A Stefánia orvosai nagy erővel kezdték kutatni az újszülötthalálozás javításának lehetőségeit. Ennek során rá kellett jönniük, hogy a csecsemővédelmet nem lehet leválasztani a

<sup>139</sup> Hoóz 1970, 182.

<sup>140</sup> Gárdos – Joubert 2001, 466.

halvaszületések elleni küzdelemről – az újszülött- és a korai csecsemőhalálozás, valamint a halvaszületések elleni küzdelemben egyaránt a „metrogén” halálokok, vagyis a méhen belüli és a szüléssel összefüggő ártalmak ellen kell felvenni a harcot.<sup>141</sup> Az újszülöttkor halálakai között az élen a koraszülésből következő elhalálozás, a szülés alatti fertőzések illetve az anya szervi bajából következő megbetegedések álltak. Míg a korábban említett tipikus „téli csecsemőhalálozás” elleni küzdelemben – mint megállapították – kevés volt az egészségvédelmi intézetek rendszerének kiépítése, addig a másik súlyos problémát okozó újszülöttelhalálozás elleni harcban éppen ezen intézetek illetve intézmények – elsősorban a terhesgondozás, valamint a szülőintézetek játszhatták a főszerepet. A Stefánia Szövetség ezek felismerése után új irányultságú munkaterv kidolgozásába kezdett: az újszülöttelhalálozások elleni küzdelmet a koraszületek megakadályozására, a kiviselt terhességek esetében pedig a fokozott szülés alatti védelemre kívánta felépíteni.<sup>142</sup>

**6. ábra A csecsemőhalandóság Magyarországon a Stefánia Szövetség működésének tükrében (1923–1939)**



(Forrás: *Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1939. évi működéséről*. Kalocsa, 1940, 41.)

<sup>141</sup> Szénásy – Solth-Schubert 1934, 8–9

<sup>142</sup> Szénásy – Solth-Schubert 1934, 52.

## ***A közegészségügy és az egészségvédelem állami szervezése – Az Országos Közegészségügyi Intézet megalakítása***

Az állami fennhatóság alatt álló központi egészségvédő intézmény ötlete már a 19. század második felében felmerült Magyarországon. Fodor József, a közegészségtan első magyarországi egyetemi tanára 1874-ben tett először javaslatot „Központi Észlelde” alakítására. Az Észlelde nyomon követte volna a közegészségügy alakulását, a járványok terjedését és ezáltal egységesen szervezhette volna az ellenük való védekezést.<sup>143</sup> Fodornak életében nem sikerült elfogadtatnia terveit, a központi intézet ötlete azonban nem ment feledésbe. 1912-ben a kormány előkészületeket tett egy központi közegészségtani intézet felállítására, de a munkát a világháború kitörése miatt nem kezdték meg. A háború után, 1918-ban Müller Kálmán, a tuberkulózis elleni küzdelem kormánybiztosa újra rámutatott a központi szerv szükségességére.<sup>144</sup>

1920-ban ült össze a Népszövetség tagállamainak egészségügyi küldötteiből álló konferencia. Ez a kelet-európai beszámolók nyomán olyan közegészségügyi veszélyhelyzettel találta szemben magát, amely azonnali közbelépést igényelt. Lengyelország bejelentette, hogy saját erejéből nem képes a Szovjet-Oroszország felől fenyegető kiütéses tifusz, visszatérő láz és himlőjárvány terjedésének megakadályozására; az orosz területekről Európa egyéb államaiba visszaözönlő hadifoglyok ráadásul akár messzebbi területekre is magukkal hurcolhatják a kórokat, kontinentális pandémiát előidézve. A Népszövetség gyorsan reagált: egészségügyi megfigyelőket küldött Lengyelországba, akik megállapították, hogy a veszély valós, a közvetlenül fenyegetett kelet- és közép-kelet-európai államok képviselőit ezért Varsóba hívták össze egy közegészségügyi kongresszusra. Itt a magyar egészségügyi kormányzat is jelezte, hogy külső segítség nélkül nem képes a járványok feltartóztatására. A kongresszust követően megalakult a Népszövetség egészségügyi szervezete – az Egészségügyi Irányító Tanács, az Egészségügyi Bizottság, valamint az Egészségügyi Osztály. Utóbbi feladata lett a járványokkal kapcsolatos információk gyűjtése, a járványok elleni védekezés megszervezése. A Szovjet-Oroszország felől fenyegető járványok mellett a maláriával, a tbc-vel, valamint a nemi betegségekkel is kiemelten foglalkoztak.<sup>145</sup>

---

<sup>143</sup> Hahn – Melly 1965, 27–28.

<sup>144</sup> Erdős – Szlobodnyik 1998, 9.

<sup>145</sup> Gortvay 1925.

A Népszövetségtől függetlenül, de vele közös munkaterv alapján bővítette európai szerepvállalását az 1913-ban John D. Rockefeller által létrehozott New York-i székhelyű Rockefeller Alapítvány is. Az Alapítvány Nemzetközi Egészségügyi Hivatala (International Health Board), valamint Orvoscépzési Osztálya (Division of Medical Education) 1920-ban kezdte meg Kelet-Közép-Európában a közegészségügyi rendszerek szervezett feltérképezését. Két fő célkitűzésük a természettudomány fejlesztésére épülő egészségügyi modernizáció és az orvoscépzés korszerűsítése volt.<sup>146</sup>

Az év folyamán megfigyelőket küldtek Magyarország, Jugoszlávia, Csehszlovákia, Lengyelország és Ausztria egészségügyi intézményeibe, hogy a helyszínen vizsgálják meg az egészségügy felszereltségét, működési körülményeit. A helyszíni vizsgálatok kiemelt területként foglalkoztak az orvoscépzéssel és az egyetemek orvosi karainak helyzetével, az első magyarországi kapcsolattartók Nékám Sándor, Bókay János és Grósz Emil orvosprofesszorok voltak.<sup>147</sup> A vizitek megállapításai nyomán Magyarország, Jugoszlávia, Csehszlovákia és Ausztria számára 100 ezer dollár értékű eszközsegélyt (szaklapokat, laboratóriumi felszerelési cikkeket, kísérleti állatokat) irányoztak elő.<sup>148</sup> 1921-ben összesen 50 ezer, 1922-ben 55 ezer dollárt folyósítottak a budapesti, a bécsi, a grazi, az innsbrucki és a prágai egyetemek orvosi karainak, az orvosi karok kutatóberendezéseinek helyreállítására, továbbá orvosi-egészségügyi szaklapokat küldtek a képzés támogatásához.<sup>149</sup> Megindult a Rockefeller-ösztöndíjprogram is, az első évben, 1922-ben három magyar orvos tehetett ennek segítségével külföldi tanulmányutat – az első ösztöndíjas Johan Béla volt, aki az Amerikai Egyesült Államok közegészségügyi rendszerével ismerkedhetett meg. A magyar kormány közben tárgyalásokat kezdett az Alapítvánnyal, a magyar egészségvédelmi rendszer nagyobb mértékű támogatásának reményében.

Az Alapítvány európai vezetője, Selskar M. Gunn professzor támogatásáról biztosította a puhatolózó magyar kormányt, de az intézet felállítását a magyar orvosi karra kívánta bízni. 1922-re Liebermann Leó vezetésével kidolgozták az intézet terveit. A Rockefeller Alapítvány

---

<sup>146</sup> T. Kiss 2011, 30. A Rockefeller Alapítvány kelet-európai orientációjának háttéréről a téma két kutatója, T. Kiss Tamás és Palló Gábor egymásnak némiképp ellentmondóan ír: T. Kiss szerint az Alapítvány külpolitikai céljai között a liberális demokrata erőknek a német dominanciával és a szovjet befolyással szembeni erősítése szerepelt; Palló ugyanakkor világnézetileg és politikailag is semlegesnek látja az Alapítvány terjeszkedését, noha megállapítja, hogy az egyértelműen a kozmopolita civil társadalom képviselőjeként tevékenykedett. (T. Kiss 2011, 30.; Palló 1997, 237.)

<sup>147</sup> Palló é.n., 2.

<sup>148</sup> Rockefeller Foundation Annual Report 1920, 301.

<sup>149</sup> Rockefeller Foundation Annual Report 1921, 333; 351.

ekkor „környezettanulmányozásba” kezdett. 1922-ben Gunn körutat tett az országban,<sup>150</sup> felmérte, megvizsgálta az egészségügyi helyzetet, az egészségügyi intézményrendszer állapotát. Az Alapítvány éves jelentésében megállapítják, hogy Magyarországon (továbbá Csehszlovákiában és Lengyelországban) nem csupán új orvosi iskolák alapítására van szükség, hanem közegészségügyi berendezésekkel és eszközökkel is el kell látni a kiépítendő rendszert. Az Alapítvány már 1920 óta folyamatosan támogatja eszközökkel és berendezésekkel a magyar közegészségügyi laboratóriumi munkát, de a segítség mértékét meg kell emelni – állapította meg a jelentés. Gunn szükségesnek látta az addigi utazó ösztöndíjak mellett rezidens-ösztöndíjas programok bevezetését is, amelyeket mind fiatal orvosjelöltek, mind idősebb, már a közegészségügy területén dolgozó szakemberek számára meg kell nyitni. A programot 1923-ban indították el.<sup>151</sup>

Az Alapítvány végleges döntését nagyban elősegítette, hogy időközben sikerült megfékezni az országban dúló inflációt, megindult a gazdaság helyreállítása. Gunn kedvező jelzéseinek köszönhetően 1924-ben a Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium hivatalos kérvényt küldött a Rockefeller Alapítványhoz, amelyben egyszeri támogatást kértek az intézet létrehozására, valamint ötévi csökkenő összegű pénzsegélyt az intézet dologi kiadásainak fedezésére. A kérvény kedvező elbírálást nyert, 1924 decemberében az Alapítvány 245 ezer dollár egyszeri segélyt szavazott meg,<sup>152</sup> és vállalta az öt éven át folyósított csökkenő kulcsú (80, 60, 40, 20, 10%) fenntartási támogatás folyósítását.

A közegészségügyi reform első lépéseként 1925. június 9-én a Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium rendelete létrehozta az Egészségügyi Reformirodát, amelynek fő feladata a hazai közegészségügyi rendszer felülvizsgálata lett. A Reformiroda a Központi Statisztikai Hivatallal együttműködve megvizsgálta a születési, a csecsemő- és gyermekhalálozási statisztikákat, a halandósági statisztikákat, és külön is vizsgálta a tbc-fertőzöttség kérdését. A feltáró munkán kívül a Reformiroda lett a kapcsolattartó a Minisztérium és a Népszövetség Egészségügyi Szekciója között.<sup>153</sup>

A Rockefeller Alapítvánnyal való kapcsolattartás fő szorgalmazója ekkor már Klebelsberg Kuno vallás- és közoktatásügyi miniszter. Klebelsberg jó szemmel látta meg a Rockefeller Alapítványtól szerezhető támogatás kultúrpolitikai hasznát, hiszen az Alapítvány szándékai

---

<sup>150</sup> Magyarország mellett Németországot, Ausztriát, Csehszlovákiát és Lengyelországot is végiglátogatta. (Rockefeller Foundation Annual Report 1922, 335.)

<sup>151</sup> Rockefeller Foundation Annual Report 1922, 336-337.

<sup>152</sup> Rockefeller Foundation Annual Report 1925, 469.

<sup>153</sup> Rockefeller Foundation Annual Report 1925, 233-234.

között a közegészségügyi rendszerek általános kiépítése mellett, illetve inkább ezzel összefüggésben az érintett országok szakember-képzésének kiépítése, támogatása is kiemelt helyet foglalt el. Mint Palló Gábor elemzésében rámutat, Klebelsberg számára elfogadható volt a Rockefeller Alapítvány (egy kozmopolita civil szervezet) politikai és világnézeti kérdésektől független szerepvállalása.<sup>154</sup> Az együttműködéstől ráadásul Magyarország külpolitikai hasznát is remélhetett, hiszen a nyugati egyetemeken tanuló magyar fiatalok gyümölcsöző egyéni kapcsolatrendszer birtokában térhettek haza, és kezdhették meg itthoni munkájukat.<sup>155</sup>

A központi közegészségügyi intézet létrehozásában a magyar kormány, valamint a főváros is komoly szerepet vállalt: az állam a fenntartási költségeket saját költségvetésébe illesztette, vállalta az addig működő Központi Bakteriológiai és Közegészségügyi Vizsgáló Állomás felszámolását, annak felszerelését az új intézetnek ígérte. A székesfőváros 1925. május 10-én ellenszolgáltatás nélkül 2240 négyszögöles telket biztosított az építkezés céljaira.<sup>156</sup> Az 1925:XXXI. törvény hivatalosan is rendelkezett az M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet felállításáról. A Vizsgáló Állomás az építkezés befejeztével, 1927. június 30-án beszüntette munkáját, és 1927. július 1-én az OKI hivatalosan megkezdte működését.<sup>157</sup> Hatásköre Budapest kivételével az egész országra kiterjedt, a fővárosban az 1893 óta működő Székesfővárosi Közegészségügyi és Bakteriológiai Intézet maradt illetékes.<sup>158</sup> Az Egészségügyi Reformiroda 1928-ban szüntette be tevékenységét, átadva feladatköreit az OKI-nak.

Az OKI első igazgatója Johan Béla lett. 1889-ben született Pécsen. Apja, idősebb Johan Béla Baranya vármegye tiszti főorvosaként maga is komoly küzdelmet folytatott a járványok ellen, valamint a vármegye közegészségügyi rendszerének kiépítéséért. Az ifjabb Johan 1912-ben a budapesti tudományegyetemen szerzett orvosi diplomát, ezt követően díjtalan gyakornokként dolgozott a I. sz. kórbonctani klinikán. Végigjárta a fokozatokat, 1913-tól díjas gyakornok,

---

<sup>154</sup> Palló 1997, 237.

<sup>155</sup> T. Kiss 2011, 30.

<sup>156</sup> Johan 1925, 861–863; Erdős – Szlobodnyik 1998, 9–10.

<sup>157</sup> Az OKI-n belül négy osztály kezdte meg a munkát. A Patohisztológiai és Parazitológiai Osztály kórszövettani vizsgálatokba, valamint az élősködők elleni küzdelem kidolgozásába kezdett. Fontos munkaterületet kapott a Bakteriológiai Osztály: itt végezték a fertőző betegségek kórokozóinak keresését, ide tartozott a vakcinatermelés, valamint a vidéki mozgó laboratóriummal történő vizsgálatok szervezése és koordinálása. A Szerológiai Osztály a Bakteriológiaihoz kapcsolódva a szérumok és a fertőző betegségek vizsgálatával foglalkozott, ellenőrző funkciókat kapott. A legnagyobb létszámmal a Kémiai Osztály állt fel: ennek a részlegnek a munkáját képezte a gyógyszerkészítmények ellenőrzése, az élelmiszer-ellenőrzés, valamint az egyik legnagyobb hangsúlyt kapó munka – a vidéki vízellátás, a vidéki kutak vízminőségének vizsgálata. (Johan 1926)

<sup>158</sup> Erdős – Szlobodnyik 1998, 10.



1914-től tanársegéd, 1924-től adjunktus. 1918-tól kezdve már az általa írt patológiai könyvből tanítottak a budapesti egyetemen, 1919-ben Szent István Kórház kórboncnok főorvosa lett, ugyanebben az évben a kórszövettan magántanárává habilitálták. Amint már korábban is szóba került, a Rockefeller Alapítvány első magyarországi ösztöndíjasaként 1922-23-ban az Egyesült Államokban folytatott tanulmányokat, majd további két évet Európa különböző államaiban töltött, dolgozott a párizsi Pasteur-intézetben is – érdeklődése a kórbonctan felől a közegészségtan felé fordult, elsősorban a közegészségügyi rendszereket, az oltóanyag-termelést, valamint a közegészségügyi laboratóriumi szervezeteket tanulmányozta.

Hazatérése után 1924-ben a Phylaxia Szérumtermelő Intézet keretében megszervezte a humán oltóanyagtermelő osztályt, majd az OKI tervezésének élére állt. 1925-től 1935-ig az OKI igazgatói pozícióját töltötte be. 1935-ben belügyminisztérium közegészségügyi kérdésekért felelős szakállamtitkárává nevezték ki. Állását a nyilas hatalomátvételt követően is megtartotta, 1944. március 19-én, a német megszállást követően mondott le pozíciójáról.

Negyvenes évekbeli, különösen 1944-es államtitkári szerepvállalása és tevékenysége kapcsán a kilencvenes évek elején, majd 2003-ban is élénk tudományos-politikai vita bontakozott ki. A Johant támadók a nyilas hatalomátvétel utáni államtitkári pozíciót vállalhatatlannak tartották. Hangsúlyozták, hogy az aláírása szerepel a zsidó orvosok munkahelyüktől való megfosztásának – és így közvetetten kényszermunkára küldésének – tárgyában írott rendeleten is. A Johan melletti álláspontot elfoglalók szerint ugyanakkor a németellenes politikát képviselő, később a németek által deportált Keresztes-Fischer Ferenc belügyminiszter személyes kérésére tartotta meg államtitkári pozícióját, a zsidó orvosokkal kapcsolatos rendeletek meghozataláért pedig a helyettes államtitkárt, Incze Antalt tették felelőssé. Johan politikai szerepvállalását még feltehetően sokan fogják vizsgálni, a kérdéses pontok tisztázását, Johan ezen pályaszakaszának értékelését komoly tudományos kutatómunka tudja csak megalapozni majd.<sup>159</sup>

---

<sup>159</sup> A világháborút követően Johan Bélát 1945-ben igazolták, de közegészségügyi szervező munkáját nem folytathatta; a Phylaxia Oltóanyagtermelő Vállalatnál helyezkedett el. 1949-ben az ÁVH koholt vádakkal letartóztatta, majd a kistarcsai táborba internálta. Három hónapot töltött itt, 1950-ben szabadon engedték; ezt követően a Chinoin Gyógyszeripari Kutatóintézetében, később ismét a Phylaxiánál, majd – egészen kilencven éves koráig – a Kőbányai Gyógyszerárugyárban dolgozott.

## *Az egészségügyi propaganda*

Az állami szintre emelt egészségvédelem, a preventív egészségügyi rendszer mellett szóló érvek közül kiemelkedett annak „gazdaságossága”, „nemzetgazdasági hasznossága”. Az egészségügyet közgazdasági szempontból vizsgáló Weis István szerint a betegápolás ugyanis közvetlen költségként jelentkezik, a beteg kiesik a termelésből, és az „idő előtti halálozás” is komoly közgazdasági kárt jelent. A gazdasági érdek egyben a nemzet érdekeként is jelentkezett az érvelésekben: „a magyar nemzet jövője, szerepe a Duna medencéjében attól függ, mennyire küzdhetjük le a betegségeket, mennyiben csökkenthetjük a korai halálozást, különösen a gyermek- és csecsemőhalandóságot.”<sup>160</sup>

Bár a prevenció fogalomköréhez, a preventív egészségügy beavatkozáshoz még mindig erősen hozzátartozott a környezet-egészségügy fejlesztése – sőt, köszönhetően a Rockefeller Alapítvány által nyújtott mintáknak, új, kiemelt hangsúlyt is kapott az asszanáló tevékenység, megjelent az egyéni szintű, az egyénre irányuló preventív beavatkozás igénye is. Az egyénre irányuló egészségvédelemben a „gazdaságosság” az egyik alapvető szempontnak számított. „Alig szorul magyarázatra, hogy mennyivel egyszerűbb és olcsóbb évenként egyszer-kétszer a fogorvosi ellenőrzés, mint később a költséges fogpótlás” – fogalmazta meg az analógiát Gortvay György,<sup>161</sup> aki szembeállítja a 19. századi közegészségügyi reformtörekvéseket a világháború utáni fejleményekkel. A „régí iskola” – állapítja meg – „az egészségügyi rendszet és a kényszereszközök” révén próbált eredményeket elérni. „A mai egészségügyi igazgatás vezérelve a betegségek megelőzése, főcélja pedig az általános egészségügyi kultúra megteremtése által a nemzet biophysikai niveau-ját emelni... Amíg a régebbi felfogás a baktériumok, physikai és chemiai tényezők kóroktani szerepét tartotta elsődleges fontosságúnak, s ezek elleni védekezésre építette fel a közegészségügy hivatalos apparátusát, az új iskola úgy véli, hogy az embert környező társadalmi tényezők, és azon culturalis s gazdasági viszonyok, melyek között az ember születik, felnő, dolgozik, szaporodik s meghal, éppannyira fontosak. Az ezekből folyó ártalmak elleni fegyver a praeventio, a megelőzés, a socialis prophylaxis, az egészségesek védelme.”<sup>162</sup>

A preventív egészségügy fókuszváltása Nyugaton is a 20. század elejének új fejleménye. Johan Goudsblom a folyamatot a „higiénia demokratizálódása”-ként aposztrofálja. „A

---

<sup>160</sup> Weis 1926, 1223-1224.

<sup>161</sup> Gortvay 1927, 95.

<sup>162</sup> Gortvay 1927, 94.

bakteriológia fejlődése lehetővé tette, hogy a korábbi időszak általánosabb fókuszú környezeti beavatkozásait konkrét, tervezett egészségügyi programok váltsák fel. Ez együtt járt a demokratizálódás és az individualizálódás előrehaladásának folyamatával. Az egyéni higiéniai nevelés csak akkor érhet el sikert, ha a higiénés lehetőségek minden társadalmi osztály számára elérhetőek” – írja. A higiénés lehetőségekhez való hozzáférés lehetőségének mértéke természetesen társadalmi csoportonként eltérő – a hozzáférés kérdésére többek között éppen az új közegészségügyi szemlélet hívta fel a figyelmet. A nagy volumenű környezet-egészségügyi intézkedések és az ennek hátterét adó általános, jogi-igazgatási szempontú egészségügyi rendszet mellett a higiéné kérdései között megjelent a társadalmi elem.

A fókuszváltás eredményeként egyre nagyobb hangsúly került az egészségügyi, egészségvédelmi propagandára is. „Az egészségügy, amely a közfelfogás szerint eddig a beteg ember és az orvos magánügye volt, az állam és a társadalom egyetemét érintő társadalmi kérdéssé vált. Az állam a szociális terhek csökkentése érdekében kénytelen volt az egészségügy irányítását saját kezébe venni és egyoldalról helyes egészségügyi közszellemet és közvéleményt nevelni, másoldalról az egészség megtartásának a lehetőségeiről és az eszközeiről az individuális felvilágosítás lehetőségein túlmenő eszközökkel dolgozó egészségügyi propaganda szervezetről gondoskodni.”<sup>163</sup>

1901-ben – még döntően szociálpolitikai, munkásvédelmi ismeretek terjesztésének céljával – megalakult a Társadalmi Múzeum, amely a tudományos gyűjtemények őrzése mellett a „népművelő intézmény” szerepét is be kívánta tölteni. 1907-ben Budapesten került megrendezésre a Nemzetközi Balesetügyi, Iperegészségügyi és Munkásvédelmi Kiállítás, amelyen a Társadalmi Múzeum gyűjteménye nagy sikerrel szerepelt.

1912-ben a Magyar Társadalomtudományi Egyesület közegészségügyi szaktanácskozásán Liebermann Leó, a közegészségtan budapesti egyetemi tanára a Társadalmi Múzeum Egészségügyi Múzeummá való átalakítását javasolta. Hozzászólásában a szociális és az egészségügyi-higiénés helyzet együttjárását, együttes fejlesztésének szükségességét emelte ki. „(M)i magunk boldogok és egészségesek nem lehetünk, ha magunk körül mindenütt nyomorúságot, szegénységet és a szegénység nyomában járó betegségeket látunk – jelentette ki. – Arra a tudatra kell ébrednünk, hogy ha a betegség annyira el van terjedve, mint például nálunk a tuberculosus, és lépten-nyomon találkozunk beteg emberekkel, akkor mi magunk akármennyit tudunk a hygienéből, nagyon nehezen tudunk ellene védekezni, mert számtalan

---

<sup>163</sup> Gortvay 1939a, 4.

szál fűz bennünket az egész társadalomhoz... A betegséget tehát el kell nyomni már csak azért is, hogy magunkat megvédjük. És a betegséget legjobban akkor nyomjuk el, ha az okát, tudniillik a nyomort igyekszünk enyhíteni... A socialis érzést a hygienikus érzéstől egyáltalában nem lehet elválasztani, és aki a socialis érzést fejleszteni akarja, az egyúttal legjobban fejleszti a hygienet is.”<sup>164</sup>

A javaslatot más hozzászólók is támogatták. Az átszervezés ötletét elfogadták, ennek eredményeként a múzeum gyűjteményeit általános egészségvédelmi tárgyú anyagokkal kezdték kiegészíteni. A múzeum tevékenységét pedig az általános egészségügyi propaganda szolgálatába állították, majd 1919-ben Népegészségügyi Múzeummá nevezték át.

Az egészségügyi propaganda területén rövidesen egy új intézmény jelent meg, a már említett Egészségügyi Reform Iroda keretein belül ugyanis megalakult a Propaganda Központ, Pollerman Artúr vezetésével. Feladata az volt, hogy útmutatókkal, módszertani jellegű kiadványokkal, prospektusokkal lássa el az egészségügyi és igazgatási szerveket, hatóságokat. A Népegészségügyi Múzeum ezzel rövid időre háttérbe szorult, néhány hónapig az állami fenntartásból is kikerült, 1925 végére azonban ismét felmerült továbbfejlesztésének igénye, az egyetemi társadalomegészségtan-oktatásba történő bevonását tervezték. A Rockefeller Alapítvány támogatásával 1927-ben sikerült stabilizálni az intézmény anyagi körülményeit, ami 1928-ban az Egészségügyi Reform Iroda megszűnésével ismét az egészségvédelmi propaganda első számú intézményévé vált, immár Társadalomegészségügyi Intézet és Múzeum néven. A névválasztás jelezte, hogy „a múzeum nem egyszerű anyaggyűjtemény kíván lenni, hanem a társadalmi élet minden időszerű szociális-egészségügyi vonatkozásaival foglalkozó intézmény.”<sup>165</sup> Az Intézet feladatai közé került az egészségügyi statisztikai adatgyűjtés, az egészségügyi szaktanácsadás, egészségügyi és szociális tárgyú, valamint munkásvédelmi előadások szervezése, valamint az „egészségügyi kultúra intézményes terjesztése és az ehhez szükséges technikai oktatási segédanyag, film, diapozitív... előállítás és kölcsönzése... az országos egészségügyi propaganda adminisztratív és szellemi irányítása.”<sup>166</sup>

Az újjáalakított intézet vezetésével Gortvay Györgyöt bízták meg. Az 1892-ben született Gortvay a budapesti egyetemen szerzett orvosi oklevelet, majd 1926-ban a Rockefeller Alapítvány ösztöndíjával a Harvard Egyetemen folytatott közegészségtani tanulmányokat.

---

<sup>164</sup> Gaal 1912, 13.

<sup>165</sup> Gortvay 1935, 13.

<sup>166</sup> Gortvay 1935, 15.

1927-ben a budapesti egyetemen a társadalomegészségtan tárgykör magántanárává habilitáltak, az OKI-ban pedig az iparegészségtani kutatások vezetésével bízták meg. Érdeklődése az iparegészségtan és a munkásvédelem mellett az egészségügyi propagandára is kiterjedt, kinevezése a Múzeum igazgatói székébe tehát logikus választásnak számított.<sup>167</sup> Vezetése alatt az intézmény egyre szélesebb körű egészségügyi propaganda-tevékenységbe kezdett. A balesetvédelmi tárgyú kiállítások mellett az alkoholizmussal és hatásaival, az ipari mérgezésekkel és egyéb foglalkozási ártalmakkal, a forgalombiztonsággal, a tuberkulózissal, a kuruzslással, az anya- és csecsemővédelemmel, az anatómiával valamint az általános higiénével kapcsolatos állandó tárlatok is nyíltak. Az egészségügyi propagandát szolgálták a kölcsönözhető filmek és diafilmek (előbbiből 1935-ben 45, utóbbiból 16 állt az érdeklődők rendelkezésére), a múzeumban évente 20-30 ezer látogató is megfordult, a vezetett látogatói statisztikák szerint többségük egyetemi hallgató, valamint ipari munkás volt.<sup>168</sup>

### ***A vidéki közegészségügyi munka szervezése – a mintajárások***

Az individuális szintű egészségvédelem szervezése mellett természetesen az általánosabb fókuszú egészségvédelmi tevékenység sem szorult háttérbe, ennek központi szervezője az Országos Közegészségügyi Intézet lett. 1927 végén megkezdte működését az OKI Külső Munkák Osztálya. Induláskor feladatköre kettős volt: megszervezni a járványügyi és laboratóriumi vizsgáló munka országos szintű kiterjesztésének alapjait és beindítani az általános egészségvédelem szervezeti rendszerének tesztelését szolgáló mintajárás-akciót.

Az egészségügyi mintajárás intézménye az amerikai közegészségügyi rendszer találmánya. Az Egyesült Államokban 1910 után egyre nagyobb szerepet kapó egészségügyi tervezés jegyében került sor 1915-ben New Yorkban az 1. számú Egészségügyi Körzet megalakítására New York East Side negyedében. Az Egészségügyi Tanács hamarosan négy új körzetet szervezett Queensben, majd egy évvel később megalakította a bostoni egészségügyi körzetet is. Az egészségügyi körzetek kiemelt területei közé a csecsemő- és gyermekegészségügy

---

<sup>167</sup> Gortvay a harmincas évek végétől egyre gyakrabban került szembe az uralkodó politikai ideológiával, többször is bírálta a háborús politikát, így fokozatosan háttérbe szorult. 1940-44 között az Állami Munkaközvetítő Hivatal vezetőjeként dolgozott; 1944-ben a Gestapo letartóztatta. A háborút követően a Népjóléti Minisztérium államtitkára lett, majd az OKI vezetésével bízták meg. A kommunista hatalomátvételt követően kényszernyugdíjazták. Gyakorló orvosként helyezkedett el, emellett orvostörténeti kutatásokat folytatott. 1957-ben az Országos Orvostudományi Dokumentációs Központ és Könyvtár, 1960-ban a BOTE könyvtárának igazgatója lett.

<sup>168</sup> Gortvay 1935, 82-86.

fejlesztése, az egészségügyi nevelő- és propagandamunka, valamint a fertőző betegségek elleni védekezés került. A munka során az egészségügyi és a szociális szolgáltatások központosításának igénye merült fel – ennek megvalósítására pedig az egészségközpont (Health Center) intézménye tűnt a legmegfelelőbbnek. Az első világháború és az azt követő évek kisebb megtorpanást hoztak az egészségközpont-programban. A már létrejött egészségügyi körzetekben jótékony egyletek, csoportok, illetve a Vöröskereszt támogatásával folyt a munka.<sup>169</sup>

A közegészségügy fejlesztéséhez már korábban is komoly erőforrásokat biztosító Rockefeller Alapítvány támogatásával 1921. november 10-én indították el a Kelet-Harlem Egységközpont Mintaprojektet – ennek keretében egy hatalmas egészségügyi szolgáltató központ jött létre, ahol több egészségügyi és szociális-jóléti szolgáltatást is egy helyen lehetett igénybe venni. A koncepció lényege az volt, hogy a fizikailag egymás közelébe telepített szolgáltató egységek révén megszüntethető a kisegítő egységek költséges duplikációja, a központi elrendezés megkönnyíti a szolgáltatásokhoz, a forrásokhoz való hozzáférést. A „public health demonstration district” célja volt a mintaszerű egészségügyi intézmények és irányítási formák létesítése és tesztelése, az országosan megteremtendő egészségügyi berendezkedés alapjainak gyakorlati kipróbálása is, a közegészségügyi törvényalkotás számára egyfajta kísérleti telepet biztosított.<sup>170</sup>

A mintajárás program nemzetközi szintű kiterjesztése 1925-től kezdve került a Rockefeller Alapítvány céljai közé. Természetesen nem csak Magyarországot érintette az akció: 1928-ig Ausztriában, Csehszlovákiában, Bulgáriában, Franciaországban, Lengyelországban és az Ír Szabad Államban összesen 16 közegészségügyi mintajárás jött létre, Jugoszláviában falusi egészségközpontok szervezése indult meg.<sup>171</sup>

A kormányzat megbízásából Gaál András Kálmán<sup>172</sup> és Stoll Kálmán<sup>173</sup> 1926-ban széleskörű adatfelvételt végzett Pest vármegye gödöllői járásában, melynek célja az egészségügyi

---

<sup>169</sup> Rosen 1993, 278-280.

<sup>170</sup> Pfeiffer 1927, 72.

<sup>171</sup> Rockefeller Foundation Annual Report 1928, 225.

<sup>172</sup> Gaál András Kálmán (Ruttka, 1893. máj. 11. – Bp., 1945.) orvos, higiénikus. A budapesti egyetemen szerzett orvosi diplomát, majd rövid pécsi gyakornokoskodás után 1924-25-ben a Rockefeller Alapítvány ösztöndíjával az Egyesült Államokban tanulmányozza a közegészségügyi rendszert, a közegészségügyi szabályozást. Tapasztalatairól a Népegészségügy hasábjain részletesen beszámol, elsősorban az egészségügy adminisztrációjának, az egészségügyi statisztika vezetésének, az igazgatási ügyek szervezésének kérdéseivel foglalkozik. (Gaál 1926) 1927-től a Népszövetség Egészségügyi Osztályának munkatársa, 1934-42-ben országos közegészségügyi főfelügyelő.

<sup>173</sup> A gödöllői járás járásorvosa, majd tisztiorvosa.

mintajárás-koncepció magyarországi megalapozása volt.<sup>174</sup> A felvétel során általános földrajzi és néprajzi adatokat, halálozási és morbiditási adatokat gyűjtöttek, felmérték a terület gazdasági viszonyait, megvizsgálták az infrastruktúra állapotát.<sup>175</sup> A felmérés eredményeként megállapították, hogy a járás alapvetően alkalmas az egészségügyi mintajárássá történő átalakításra, viszont a program sikeréhez több fontos egészségügy-igazgatási változtatásra van szükség – ezek egyben már a leendő mintajárás program alapját is képezték. A fő reformjavaslatok a következők voltak: a járási tisztiorvost el kell tiltani a magángyakorlattól, hogy feladatát teljes munkaidőben végezhesse; egészségügyi védőnőket és egyéb egészségügyi (pl. fertőtlenítő) és irodai segédszemélyzetet (pl. gépiró) kell alkalmazni; fokozott egészségügyi propagandát kell indítani; mintakutakat és mintavécéket kell létesíteni; tbc-szanatóriumot és központi járványkórházat kell berendezni; be kell vonni a Stefánia Szövetséget a munkába, az egymástól különálló egészségügyi-, valamint anya- és csecsemővédőnői tevékenységet össze kell hangolni; a feladatok ellátásához, a regisztrációhoz teljesen új nyomtatványokat kell előállítani.<sup>176</sup>

A gödöllői járás kiválasztásban több tényező is szerepet játszott. Fontos volt természetesen, hogy Pest vármegye és a járás egyaránt szívesen fogadta a terveket, de nem volt elhanyagolható az a szempont sem, hogy a járás Budapesthez való közelsége révén valóban könnyen tanulmányozható mintaként szolgálhatott, a kiépítendő egészségügyi berendezéseket pedig könnyen be lehetett kapcsolni a központi intézmények működésébe.<sup>177</sup> Nem figyelmen kívül hagyható az a tény sem, hogy a 1919-től járás szolgabírája, majd 1923-tól főszolgabírája Endre László volt, aki kifejezetten jó kapcsolatokat ápolt Horthyval, emellett pedig a fajvédelmi-eugenikai törekvések propagálójaként, Vági Zoltán megfogalmazásában a „bürokratikus antiszemitizmus” képviselőjeként ismerhették.<sup>178</sup>

1927 folyamán a Rockefeller Alapítvány támogatásával létrehozták az első magyarországi egészségügyi mintajárást a gödöllői járásban.<sup>179</sup> A Külső Munkák Osztálya 1928 októberétől fő feladatának a mintajárások rendszerének bővítését, illetve a mintajárásokban folyó munka kiszélesítését tekintette. A gödöllői járásban megindították a rendszeres és teljes körű vízvizsgálatot, kútjavításokat kezdtek, mintakutakat létesítettek. A mintajárást használták fel a

---

<sup>174</sup> Rockefeller Foundation Annual Report 1926, 109.

<sup>175</sup> Gaál – Stoll 1926

<sup>176</sup> Gaál – Stoll 1926, 1350-1373.

<sup>177</sup> Nem mellékesen itt volt a kormányzó nyári rezidenciája is.

<sup>178</sup> Vági 2002

<sup>179</sup> Pfeiffer 1927, 73.

tisztiorvosok illetve az egészségügyi védőnők gyakorlati kiképzésében is.<sup>180</sup> 1928-ban befejeződtek a mezőkövesdi és a berettyóújfalui járásban folytatott előzetes felvételek és az év végén megalakultak a mezőkövesdi és a berettyóújfalui egészségügyi mintajárások is. 1929-ben a népjóléti és munkaügyi miniszter rendeleti úton hivatalosan megbízta a Közegészségügyi Intézetet a mintajárások szervezésével és az ott folyó munka irányításával. 1930 márciusában a váci egészségügyi mintajárás, 1931-ben pedig a Pécs-városi és a Kisbéri Egészségügyi Mintakerület kezdte meg működését.

A mintajárásokban kezdődött meg az általános egészségvédelem intézményeinek kísérleti megszervezése. Egészségházak épültek, megalakultak a különböző védőintézetek. Bevezették az egészségügyi védőnő és az egészségőr intézményeit. A Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium mintaóvodákat és mintaiskolákat létesített.<sup>181</sup> Az iskolákban megindult a gyermekek rendszeres szűrővizsgálata, amely speciális tevékenységként a súlyos népbetegségként felismert fogszuvasodás megfékezésére kialakított iskolafogászati munkával kapcsolódott össze.<sup>182</sup> 1930-ban a mintajárásokban folyó egészségvédőnői munka irányítására az OKI létrehozta az Ápolónői és Védőnői Irodát, az év októberében pedig útjára indította a *Népegészségügy* című folyóirat mellékleteként megjelenő, kézzel sokszorosított *Zöld Kereszt* című havi értesítő kiadványt.

### ***Az zöldkeresztes egészségvédelmi rendszer kiépítése – egészségvédelmi körök és munkájuk***

Az egészségvédelmi körzetek kialakítása 1933-tól vett nagy lendületet.<sup>183</sup> Ebben az évben fogadta el a kormány az általános egészségvédelem kiépítésének koncepcióját, az OKI pedig egyre nagyobb energiát fordított a Zöld Kereszt szervezésére. A Zöld Kereszt több esetben is illetékességi vitába keveredett az egészségvédelmet saját elvei szerint kiépítő Stefánia Szövetséggel. Sok helyen a már meglévő stefániás anya- és csecsemővédőintézet mellett szerveződött meg a zöldkeresztes tanácsadó – ezekben az esetekben a településen az anya- és csecsemővédelem nem került be a zöldkeresztes munkaterületek közé, hanem a Stefánia irányítása alatt maradt. A súrlódások elkerülése végett a két szervezet a BM által jóváhagyott

---

<sup>180</sup> Johan 1928, 19–20.; Rockefeller Foundation Annual Report 1928, 254.

<sup>181</sup> Pfeiffer 1927, 73–74.

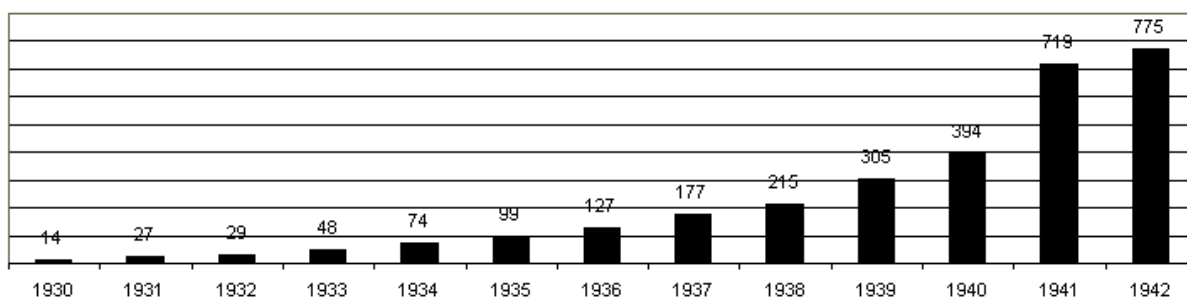
<sup>182</sup> Johan 1928, 1424–1425.

<sup>183</sup> Az egészségvédelmi körzetek legtöbbjét egy település képezte, kisebb falvak esetében azonban több helység összevonására is sor került.



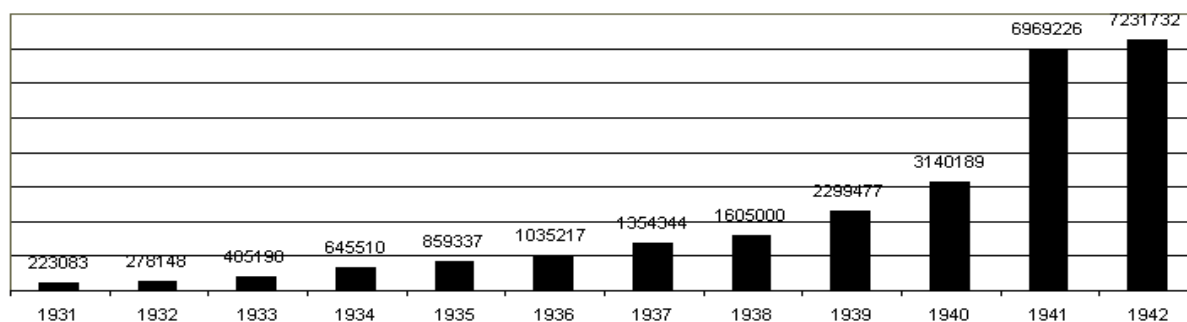
szerződést kötött: ennek értelmében a Stefánia Szövetség – a meglévő intézmények meghagyása mellett – nem folytatta a 6000 fő alatti települések egészségvédelmi szervezését, azokat egységesen a Zöld Kereszt illetékességi körébe tartozónak ismerte el.<sup>184</sup> Az egészségvédelmi munka különösen a Dunántúlon mutatott komoly hiányosságokat. 1933-ban a dunántúli falusi lakosság 82,5%-a semmilyen egészségvédelemben nem részesült. A legelhanyagoltabb Győr-Moson-Pozsony vármegye volt, itt teljes egészében hiányzott az egészségvédelem, de Veszprém megyében is csak a lakosság 1%-a, Somogyban 8%-a volt ellátva. Az ellátatlan falusi lakosság aránya az északi területeken 71,9%, az Alföldön pedig 50,5% volt.<sup>185</sup>

**7. ábra A zöldkeresztes egészségvédelmi körzetek számának alakulása**



(Forrás: *Jelentés az Országos Közegészségügyi Intézet ... évi munkájáról*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet. 1930–1942.)

**8. ábra A zöldkeresztes egészségvédelemben beszervezett lakosok száma**



(Forrás: *Jelentés az Országos Közegészségügyi Intézet ... évi munkájáról*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet. 1931–1942.)

<sup>184</sup> Johan 1939, 266.

<sup>185</sup> Gaál 1934, 69–71.

Az egészségvédelmi körök átlagos lélekszáma kezdetben 6–8000 fő körül mozgott. A védőnői és orvosi apparátus fokozatos bővülésével vált lehetővé kisebb lélekszámú, 4–6000-es, esetleg még kisebb körzetek szervezése.<sup>186</sup> Az egészségvédelmi körök szervezésénél alapelveként merült fel, hogy az egészségvédelmi kör lehetőleg egybeessen az 1908:XXXVIII. törvény által létrehozott orvosi körökkel. Erre azért is volt szükség, mert a Zöld Kereszt, ellentétben a Stefánia Szövetséggel, nem kizárólag saját alkalmazású orvosok munkájára számított, sőt éppen ellenkezőleg: az általános törekvés az volt, hogy a helyi lakosság egészségügyi viszonyait legjobban ismerő illetékes községi vagy körorvost nyerjék meg az egészségvédelmi munka vezetésére. Az egészségvédelmi kör és az orvosi kör összetartozásából kiindulva az 1936:IX. törvény az „orvosi kör” elnevezést megszüntette, és helyette a „közegészségügyi kör” nevet alkotta meg.<sup>187</sup> A két intézményrendszer egyre inkább egymásra épült: az 1939-es új közegészségügyi körbeosztás során már csaknem teljes volt az egyezés – az új beosztás következtében az egészségvédelmi és a közegészségügyi körök átlagos lélekszáma 4900 fő lett.<sup>188</sup> Az egészségvédelmi kör általános munkája a csecsemővédelmet, a tuberkulózis és más fertőző betegségek elleni küzdelmet, az iskolaegészségügyet, az ideg- és nemibeteg-gondozást, a házassági és foglalkozási tanácsadást, a szociális gondozó munkát, az alkoholizmus elleni küzdelmet, oktatási tevékenységeket és a környezethigiéné javításának előmozdítását ölelte fel.<sup>189</sup>

Nagyobb községekben illetve a több községből álló körök székhelyközségeiben az előzetes tervek egészségházak létesítésére irányultak. A létesítés költségeiről, illetve a működéssel kapcsolatos dologi kiadások fedezéséről az illető község volt köteles gondoskodni.<sup>190</sup> Az egészségházak létesítése meglehetősen nehezen indult meg. A községek számára vállalhatatlan teher volt új speciális épületek létesítése, így az első időszakban főleg meglévő falusi lakóházak átalakításával próbálkoztak, természetesen ezáltal az egyes helyiségek célszerű és biztonságos elhelyezésének központilag elkészített terveit nem minden esetben lehetett érvényre juttatni.<sup>191</sup> Az egészségház-program tervszerű kiépítéséhez széleskörű

---

<sup>186</sup> Bakács 1959, 212.; Johan 1939, 257.

<sup>187</sup> A zöldkeresztes egészségvédelmi kör élén a tanácsadó orvos, több orvos esetén a vezető orvos állt. A járási egészségvédelmi körök alkották a járási egészségvédelmi szolgálatot, a városi körzetek a városi egészségvédelmi szolgálatot. Ennek vezetője, a körzeti személyzet és segédszemélyzet közvetlen feljebbvalója a járási vagy városi tisztiorvos volt. A tisztiorvosok az OKI igazgatójának utasításai alapján jártak el.

<sup>188</sup> Johan 1939, 257–258.

<sup>189</sup> Bielek – Kontra 1934, 13–14.

<sup>190</sup> Bielek – Kontra 1934, 38.

<sup>191</sup> Johan 1939, 103.

társadalmi összefogásra volt szükség. 1937 telén Imrédy Béla, a Magyar Nemzeti Bank elnöke és Keresztes-Fischer Ferenc, akkor a Pénzügyi Központ vezetője három és fél millió pengős „Falu Szociális Alap”-ot hozott létre. Az Alap elsődleges célja a szegény falvak egészségház-építéseinak anyagi támogatása lett.<sup>192</sup>

### *Az OKI oktatási tevékenysége*

1927 októberében az OKI megindította oktatási munkáját: kéthetes szociálhigiénés tárgyú tisztiorvosi továbbképző tanfolyamot szervezett. A tisztiorvosok képzése és a tisztiorvosi munka különböző feltételekhez kötése a századforduló óta megoldhatatlan feladatok elé állította az egészségügy reformját tervező szakembereket. 1894-től a törvényhatósági orvosoknak kötelező tisztiorvosi vizsgát írtak elő, tisztiorvossá csak azt nevezhették ki, aki a vizsgát sikeresen abszolválta. A vizsgákon közegészségtani és bakteriológiai ismereteket, elmekórtant, méregtant, gyógyszerismeretet, illetve az egészségügyi jogszabályok ismeretét kérték számon a jelöltektől.<sup>193</sup>

A vizsga előtti tanfolyamot csak 1919-ben rendszeresítették. A tanfolyam működtetéséhez azonban hiányoztak az elemi feltételek: nem állt rendelkezésre állandó helyiség az elméleti képzéshez, nem volt lehetőség gyakorlati képzés beindítására. A tisztiorvosi tanfolyamon a tanfolyam fennállásának hat éve során 348 orvos végzett. Az OKI felállításáról rendelkező 1925-ös törvény az Intézet feladatává tette a tisztiorvos-képzés új rendszerének kidolgozását és a tanfolyamok és vizsgák megszervezését is.<sup>194</sup> Az első új rendszerű tanfolyamot 1928 februárjában indították. Az első tanfolyamon 24 orvos vett részt, 5 hónapos elméleti és 4 hónapos gyakorlati kiképzésben részesültek. A hangsúly a közegészségtan problémakörein és azok megoldási lehetőségein volt. 1928 novemberétől rendszeresítették az egy évvel korábban

---

<sup>192</sup> A terület-visszacsatolások az egészségház-építés terén is új nehézségeket támasztottak. A Falu Szociális Alap 1941-re kimerült, nem tudta kielégíteni a megnövekedett igényeket. A visszacsatolt területeken végül két újabb társadalmi mozgalom, a felvidéki „Magyar a Magyarért” illetve az „Erdélyért” gyűjtéséből sikerült beindítani az építkezéseket. (Johan 1941a, 492.)

<sup>193</sup> Kampis 1911, 64–65. A közegészségügyi szolgálatba lépő orvosoktól Európa más országaiban is speciális ismereteket és végzettséget követeltek meg. Angliában az Angol Orvosegyesület már 1868-tól szorgalmazta a speciálisan szükséges közegészségügyi ismeretek meghatározását, végül 1888-ban került sor a speciális végzettség (Diplom in Public Health) bevezetésére. Németországban 1876-tól létezik hasonló végzettség (a német Kreisarztprüfung szó konkrétan körorvosi vizsgát jelent), az osztrák tartományokban 1873-tól kötelező a közegészségügyi szolgálatban a tisztiorvosi vizsga letétele. (Johan 1927, 575-576.)

<sup>194</sup> Johan 1939, 82.

próbaképpen indított tisztiorvosi továbbképző tanfolyamokat is.<sup>195</sup> A Rockefeller Alapítvány általános közegészségügy-fejlesztő tevékenységének a hatósági orvosok képzését végző központi intézmények létrehozása is részét képezte,<sup>196</sup> az Alapítvány a magyarországi tisztiorvos-képző tanfolyam megindítását és működtetését így öt éven át folyósítandó célzott támogatással segítette.<sup>197</sup>

A tananyag *közegészségtani és járványtani* – bakteriológia, szerológia, fertőző betegségek elleni küzdelem, környezet-egészségtan, fertőtlenítés, gyógyszer- és gyógyszerértékelés, stb., *társadalomegészségtani és egészségvédelmi* – egészségstatisztika, általános egészségvédelem, csecsemővédelem, iskolaegészségtan és iskolafogászat, iparegészségtan, élelmezésügy, mentésügy, tbc- és nemi betegségek elleni küzdelem, egészségügyi propaganda, társadalombiztosítás és balesetvédelem, örökléstan és eugenika, rendőrorvosi szolgálat, szociális gondozás, stb., *egészségügyi közigazgatási* – közigazgatási szervezet, egészségügyi közigazgatás, törvények, rendeletek, valamint *egyéb kiegészítő tárgyakból* – az OKI munkaköre, gázvédelem, testnevelés, törvényszéki orvosi munka – állt össze.<sup>198</sup>

A tisztii főorvos a vármegyei, illetve törvényhatósági jogú városi egészségügyi igazgatás legfelsőbb szakközege volt. Legfőbb feladatai közé a himlőoltások felügyelete, a járványok elleni védekezés megszervezése – esetleg irányítása, az illetékességi területén tevékenykedő orvosok és bábák, egészségügyi intézmények, tanintézetek, fogházak felügyelete tartozott. 1930-tól tisztiorvosi oklevéllel kellett rendelkezniük az egyes járások legfőbb egészségügyi közegként tevékenykedő járási orvosoknak, illetve a városokban ugyanilyen szerepkört betöltő városi orvosoknak is.<sup>199</sup>

1932-ben elindult az OKI első községi és körorvosi tanfolyama. A tantárgyak között a közegészségtan, járványtan, társadalomegészségtan, egészségvédelem és az egészségügyi közigazgatás szervezetének ismerete szerepelt. A tanfolyam végén a hallgató az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által kiállított bizonyítványt kapott. 1932–35 között négy tanfolyamon 127 hallgató vett részt. 1936. június 30.-tól megnőtt a községi és körorvosi

<sup>195</sup> Jelentés a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet 1928. évi munkájáról. In: *A M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet összegyűjtött közleményei, 1929*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.

<sup>196</sup> Többek között Varsóban, Prágában és Zágrábban is segítették a tisztiorvosokat képző tanfolyamok megindítását. (Johan 1927, 577-578.) A Rockefeller Alapítvány jugoszláviai közegészségügy-szervező szerepéről Dugac 2011, 204-208.

<sup>197</sup> Rockefeller Foundation Annual Report 1928, 53-54.

<sup>198</sup> Johan 1939, 82–85.

<sup>199</sup> *Közigazgatási jogszabályok gyűjteménye*. Budapest, 1932. 1248–1249. A járási és városi orvosok illetékességi területekén felügyelték az egészségügyi intézmények (kórházak, gyógyszerárak, gyógyfürdők, stb.) működését, az ipartelepeket, az iskolákat, a lelenc- és dajkakérdést, foglalkoztak a lakóépületek, az élelmiszerek higiénés kérdéseivel, felügyelték az egészségügyi dolgozók (orvosok, bábák, halottkének, stb.) tevékenységét, továbbá ők végezték el a kötelező himlőoltásokat.

tanfolyam jelentősége. Az 1936:IX. törvény a községi orvosi illetve körorvosi kinevezést a tanfolyam sikeres letételéhez kötötte. A tanfolyamok és a vizsgák szervezését a Községi Orvosi Vizsgabizottság intézte, a végzett hallgatók ettől kezdve Községi Orvosi Képesítő Bizonyítványt kaptak.<sup>200</sup>

A tanfolyamokon részt vevő vidéki orvosok számára az Orvosok Házában biztosítottak kedvezményes lakhatási lehetőséget. A lakószobákért és a helyszínen történő étkezésért fizetendő díjnak csak egy kisebb része terhelte a szobákat igénybe vevő tanfolyami hallgatókat, az összegek zömét az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága térítette meg.<sup>201</sup>

A törvény tisztiorvosi kar és az egészségvédelmi intézményrendszer jobb összeforrasztását is megcélozta. Államosította (állami tisztviselővé tette) a tisztiorvosokat, és eltiltotta őket a magángyakorlattól. A tisztiorvos feladata lett az iskolás gyermekek egészségvédelmének irányítása, az oltások megszervezése is.<sup>202</sup> A törvény értelmében a továbbiakban tisztiorvossá illetve tisztifőorvossá csak azt lehetett kinevezni, aki az OKI tisztiorvosi tanfolyamát elvégezte és annak végeztével sikeres tisztiorvosi vizsgát tett, továbbá az egyes orvosi pozíciók egymásra épülését is kialakította: tisztifőorvossá csak olyan személyt nevezhettek ki, aki legalább öt évig tisztiorvosként, tisztiorvossá pedig olyat, aki legalább öt évig városi, községi vagy körorvosként, vagy más, ezekkel egyenértékű beosztásban tevékenykedett.<sup>203</sup>

A tisztiorvosok, valamint a községi és körorvosok képzése mellett az OKI feladatkörei közé sorolták az egészségügyi segédszemélyzet képzésébe történő bekapcsolódást is. 1926-ra már készen álltak az OKI felügyelete alatt létrehozandó Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet tervei. A cél ez esetben is egyértelmű volt: a szétforgácsolt, ellenőrizhetetlen és áttekinthetetlen védőnő- és ápolónőképzést központi intézmény illetékességi körébe helyezni, centralizálni, tananyagát, vizsganyagát egységesíteni.

Az 1880-as évekig az ápolónői feladatkört kizárólag apácák és diakonisszák látták el, betegápolással, kórházi munkával világi nők nem foglalkoztak, nem foglalkozhattak.<sup>204</sup> A növekvő kórházi ágyszám és a kórházak iránt növekvő érdeklődés következtében az apácarendek a század utolsó évtizedeiben egyre kevésbé voltak képesek megfelelő számú,

---

<sup>200</sup> Johan 1939, 89–92.

<sup>201</sup> Johan 1930; Johan 1933a

<sup>202</sup> Johan 1939, 264–265.

<sup>203</sup> Johan 1939, 82.

<sup>204</sup> A Diakonissza Intézetet 1836-ban alapította Theodore Friedner német evangélikus lelkész. Az itt kiképzett fiatal nők egyházi és betegápolási szolgálatot egyaránt elláttak, közösségben éltek, munkájuk és életük sokban hasonlított az apácák tevékenységére. A korai ápolónőképző intézetek a Diakonissza Intézet mintájára létesültek. 1840-ben Londonban Elisabeth Fry alapított diakonissza-ápolónőképzőt, és hasonló elvek alapján éltek és dolgoztak a Nightingale-nővérek is. (Porter 2003, 167–168.)

viszonylagosan jól kiképzett ápolószemélyzetet biztosítani az intézmények számára. Az Országos Segélyező Nőegylet már a hetvenes évek végén felvetette a világi ápolónőképzés szükségességét, megoldást azonban csak a Magyar Vöröskereszt Egylet fellépése jelentett: 1881-ben a Vöröskereszt megkezdte ápolónőképző tanfolyamának megszervezését. Az egylet évi két tanfolyamot indított, a hallgatók az elméleti ismeretek elsajátítása mellett 1885-től a felépült vöröskeresztes Erzsébet Kórházban gyakorlati képzést is kaptak. A 6 hónapos képzést vizsga, majd kétévi próbaszolgálat követte – ennek végeztével a hallgatók ápolónői oklevelet nyertek.<sup>205</sup> A tanfolyamot 1884-től a Budapesti Felső Ápolónőképző Iskola néven megalakult vöröskeresztes intézmény szervezte. Az ápolónőképzés bővítése érdekében az egylet ideiglenes és speciális tanfolyamokat is szervezett. 1886-tól ideiglenes ápolónőképző tanfolyam indult a budapesti II. kerületi és az Andrássy úti tanítóképzőben, 1887-ben megkezdődött a háború esetén szolgálatot ellátó nők kiképzése. 1893-ban kolera, 1901-ben pestis esetén alkalmazható ápolónők kiképzésére került sor. A vöröskeresztes okleveles ápolónők száma 1900-ra 156-ra, 1905-re 179-re emelkedett. 1906-ban megindult a vidéki képzés Miskolcon. 1914-ben a háborús igények miatt vöröskeresztes ápolónőképző tanfolyamot létesítettek Szentesen, Újvidéken, Désen és Sátoraljaújhelyen is.<sup>206</sup>

A Vöröskereszt mellett új egyletek is igyekeztek bekapcsolódni a képzésbe. 1902-ben megalakult a Magyarországi Betegápolók és Ápolónők Egyesülete, amely 1906-tól a Szent Rókus Kórházzal együttműködve saját ápolónőképző tanfolyamokat indított.<sup>207</sup> Az első világháború éveiben 600 fő körül mozgott a képzett ápolónők létszáma az országban.<sup>208</sup>

A háború után a képzett ápolónők száma a területi veszteségek és a háborús halálozások miatt körülbelül 200–300 főre esett vissza. Az ápolónő-kérdés válságához hozzájárult, hogy pénz és jelentkező hiányában szüneteltek a tanfolyamok, az országban 1918 és 1921 között egyáltalán nem folyt ápolónőképzés. 1921-ben a Debreceni Tisza István Tudományegyetem az ápolónőhiány megoldására saját tanfolyam indításáról határozott. 1924-ben a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem is erre az útra lépett. Az egyetemi ápolónőképzők fenntartását 1925-ben az állam magára vállalta.<sup>209</sup> A képzést sok esetben az alkalmas jelentkezők hiánya akasztotta meg – az ápolónők nem voltak nyugdíjjogosultak, a világi

---

<sup>205</sup> Hantos 1981, 81.

<sup>206</sup> Hantos 1981, 82.

<sup>207</sup> Hahn 1960, 64–65., Hollán 1967, 160.

<sup>208</sup> Dollinger Gyula előadása. In Gortvay – Parassin 1927, 66.

<sup>209</sup> Hantos 1981, 105.

ápolónői állás minimális vonzerővel rendelkezett, a legtöbb jelentkező elhivatottság nélkül, átmeneti jellegűnek tervezte ápolónői pályafutását.

Dollinger Gyula 1926-ban így vázolta a kialakult helyzet visszasságait: „A női ápolók jelenleg részletes, beható tanítás nélküli és minden fegyelem nélküli nők. Ezeket a kórházigazgatók, úgymint a cselédek, kétheti felmondásra szokták felfogadni. Többnyire a félig-meddig kétségbeesett ekzisztenciákból rekrutálódnak, és foglalkozásukat ideiglenesnek tekintik, hiszen az ápolónők jelenlegi állása olyan, hogy nyugdíjigénnyel nem is jár, tehát állandó ekzisztenciát, öregségükre pedig ellátást semmiképpen sem biztosít. Ezek a nők teljesen megbízhatatlanok, és miként jövőjükről kellő gondoskodás nincs, azon gondolkoznak, nem találnak-e ápolónői állásuknál valami jobbat. Mihelyt ilyet találtak, otthagyják az ápolónői állást.”<sup>210</sup> Az egyházi ápolónők esetében nem merültek fel problémák a megbízhatósággal kapcsolatban, számuk azonban folyamatosan csökkent, egyre inkább csak a rendek saját kórházaiban vállalhattak szolgálatot. Az 1920-as évek végén a diakonisszákon kívül 20 női rend foglalkozott betegápolással, apácák 65 kórházban végeztek ápolónői feladatokat.<sup>211</sup> A nyugdíjjogosultság hiánya mellett az alacsony fizetések sem tették vonzóvá az ápolónői pályát. Az 1920-as évek végén az ápolónők mindössze 2%-ának fizetése haladta meg a 100 Pengős határt. Átlagfizetésük havi 47 Pengő körül volt.<sup>212</sup>

Az ápolónőképzés ügye az 1920-as évek közepén vett lendületet. 1921-ben Diakonissza Ápolónőképző Intézet alakult, 1923-ban létrejött az Izraelita Nőegylet Ápolónőképző Otthona.<sup>213</sup> 1926-ban megalakult a Kékkeresztes Márta Betegápoló Egyesület. A képzésbe bekapcsolódtak a kórházak is, amelyek így próbálták biztosítani ápolónő-szükségletüket. A Márta-nővérek képzése a Szent Rókus kórházhoz csatolva folyt, itt nyerték gyakorlati képzésüket, a tanfolyam végeztével pedig itt foglalták el szolgálati helyeiket is.<sup>214</sup> A Magyar Vöröskereszt a nemzetközi Vöröskereszt Társaságok Ligája támogatásával 1923-ban indította újra ápolónőképzését. A budapesti ápolónőképző iskola mellett hamarosan Gyulán, Hódmezővásárhelyen és Sátoraljaújhelyen is sikerült tanfolyamot indítaniuk. A képzés során a hallgatók kéthónapos előkészítő, majd két éves elméleti és gyakorlati tanfolyamon vettek részt. A tanfolyam a hallgatók számára komoly anyagi megterhelést jelentett: a havi 50

<sup>210</sup> Dollinger Gyula előadása. In Gortvay – Parassin 1927, 65.

<sup>211</sup> Betegápolással foglalkozó szerzetesrendek: Assisi Szent Ferenc leányai, Depaul Szent Vince Szeretet leányai, Az Isteni Megváltó leányai, Szent Keresztről nevezett nővérek, Legszentebb Megváltó leányai, Legszentebb Üdvözítő leányai, Szent Erzsébet Apácarend, Szent Salvator Apácarend, Annuntiata Nővérek, Irgalmasrend. (Johan 1929, 59)

<sup>212</sup> Johan 1929, 81–84.

<sup>213</sup> Kapronczay 2001b, 165.

<sup>214</sup> P. Heim 1993, 14–16.

Pengős tandíj mellett számos egyéb díjat is ki kellett fizetniük – szegény szülők gyermeke nem vállalhatta a részvételt.<sup>215</sup> A tanfolyamok számának emelkedése ellenére azonban a '20-as évek végén a kórházakban alkalmazott ápolónők 60%-a még mindig képzetlen volt.<sup>216</sup>

**3. táblázat Az ápolószemélyzet megoszlása képzettség szerint 1929-ben**

	egyházi	világi nő	világi férfi
1 éves vagy hosszabb tanfolyam	312	458	22
1 évnél rövidebb tanfolyam	234	405	132
képzetlen	558	1280	427

(Forrás: Johan 1929, 55)

**4. táblázat Az ápolószemélyzet képzettségi szintje kórház típusonként 1929-ben (%)**

	klinika	fővárosi kórház	vidéki kórház	összesen
1 éves vagy hosszabb tanfolyam	28,6	18,7	19	20,7
1 évnél rövidebb tanfolyam	18,1	18,5	23,4	20,1
képzetlen	53,1	62,8	57,6	59,2

(Forrás: Johan 1929, 56)

Az eltérő képzési idők, az eltérő elméleti követelmények megnehezítették az egységes, megbízható ápolónői kar kialakulását. „Az ápolónői képesítés megszervezése, már működésben lévő ápolónők oktatása, helyesen és megnyugvást keltően csak intézményesen megszervezett tanfolyamok útján történhetik. A néhány hetes vagy hónapos tanfolyamokon hatósági ellenőrzés nélkül, az egyesület igazgató-főorvosától és a tanfolyam vezetőjétől, valamint egy laikus vizsgálóbizottsági tagtól aláírt >>minősített oklevél<<-nek különösebb értéke nem lehet. Ma egyedül a Magyar Vöröskereszt-Egyesület ápolónőképző tanfolyamának

<sup>215</sup> Hantos 1981, 106.

<sup>216</sup> Melly – Zuckermann 1931, 146.



sikeres elvégzését tanusító képesítést lehet csupán megnyugvással elfogadni.” – állapította meg Gerlóczy Zsigmond egyetemi tanár, az 1926-os közegészségügyi értekezés egyik hozzászólója.<sup>217</sup>

A Rockefeller Alapítvány már 1925-ben kinyilvánította, hogy hajlandó pénzt adni a magyarországi ápolónőképzés kiépítésére, de csak centralizált állami intézmény létesítése esetén.<sup>218</sup> A Vöröskereszt tiltakozott, de az ajánlatot a magyar állam nem utasította vissza: az Alapítvány 70000 dolláros hozzájárulásával 1929 szeptemberében a Gyáli úton, az OKI szomszédságában elkezdték az építkezést, 1930. szeptember 15-én pedig megindították az Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet első tanfolyamát.

A védőnőképzés terén a Közegészségügyi Intézetnek meg kellett küzdenie a saját befolyását és illetékességi körét féltő Országos Stefánia Szövetséggel is. A Stefánia a már említett 1925-ös anya- és csecsemővédőnő-oktatási monopóliumot biztosító 22.707/1925.NMM miniszteri rendelet ismeretében saját jogkörének megcsorbításaként reagált az állami védőnőképzés beindulására. Az OKI a védőnőképzés terén „szavakban” nem törekedett teljes hatalomátvételre: a munkába be kívánta vonni a „társadalmi jótékony intézményeket”, így a Stefánia Szövetséget is.<sup>219</sup> Az állami átruházott hatáskörrel működő Stefánia Szövetség „jótékony társadalmi” szervezatként való aposztrofálása természetesen csak olaj volt a tűzre: a Stefánia végleg elbarikádozta magát: csak akkor lett volna hajlandó részt venni az OKI-val közös védőnőképzésben, ha azt az Állami Anya- és Csecsemővédőnőképző Intézetben szervezték volna meg, a képzés alapjává pedig az általuk elképzelt közegészségtani és szociálpolitikai ismeretek tételtek volna.<sup>220</sup> Ellenezték az ápolónői és a védőnői képzés részleges összevonását is. A Stefánia elképzelése szerint ugyanis a védőnő nem foglalkozik betegápolással, tevékenységi körét a prevenció és a szociális segítség alkotja. A védőnők természetesen az OKI elképzelése szerint is végeztek volna prevenciós és tanácsadó munkát – a különbség az arányokon volt: míg a Stefánia szakemberei a védőnői kar munkáját elsősorban a szociális, szociálhigiénés munkások tevékenységi körébe sorolták,<sup>221</sup> az OKI ezzel szemben egyértelműen egészségügyi segédmunkának minősítette a védőnői szolgálatot.

---

<sup>217</sup> Gerlóczy Zsigmond hozzászólása. In Gortvay – Parassin 1927, 73.

<sup>218</sup> Dollinger Gyula előadása. In Gortvay – Parassin 1927, 67.

<sup>219</sup> Gortvay – Parassin 1927, 73.

<sup>220</sup> *Az Országos Stefánia Szövetség memoranduma a népjóléti és munkügyi miniszterhez a védőnők képzése és munkábaállítása tárgyában.* Budapest, 1930. Országos Stefánia Szövetség. 9–10.

<sup>221</sup> Keller 1927, 16–17.

Johan Béla megfogalmazásában a védőnő az orvos segédje, „tényleges orvosi segédmunkás”.<sup>222</sup>

Fontos megjegyezni, hogy a 1930 előtt nemcsak az anya- és csecsemővédőnők adták az ország védőnőinek összességét. A debreceni tudományegyetemmel kapcsolatos Egészségügyi Testvérképző Intézet „egészségvédőnőket” képezett kórházi szolgálatra. A Magyar Vöröskereszt-Egylet ápolónőképzése mellett kis számban ugyancsak képzett „általános egészségügyi védőnőket”. Ugyancsak a Vöröskereszt tanfolyamain, a Budapest Szfv. Központi Tüdőbeteggondozó Intézetben, illetve rövid ideig kis mennyiségben a Gondviselés Egylet tanfolyamán képeztek tbc-védőnőket tüdőgondozó-intézeti munkára.<sup>223</sup> A korszak gondolkodásában ráadásul nem mindig vált el – mint azt a Stefánia Szövetség és az OKI vitája kapcsán is láthattuk – a védőnő és a szociális gondozónő alakja.<sup>224</sup> Utóbbiakat egyetemi szociális tanfolyamokon, illetve a Szociális Testvérek Társasága által szervezett tanfolyamokon képezték ki, nem volt egészségügyi feladatuk, az Országos Szociális Felügyelőség alkalmazásában álltak. Gyermekgondozónőket képzett az Állami Gyermekmenhely, a Pécsi Gyermekklinika, illetve a Stefánia Szövetség szervezésében a budapesti Fehérkereszt-kórház.<sup>225</sup> Egészségvédelmi feladatokra az Országos Társadalombiztosítási Igazgatóság is alkalmazott gondozónőket – az ő feladatkörük nagyjából megegyezett az különböző egészségügyi védőnőkével.<sup>226</sup>

A Stefánia Szövetség végül megőrizte különállását az anya- és csecsemővédőnőképzés terén, és nem kapcsolódott be az OKI ápoló- és védőnőképzési tevékenységébe. Utóbbiban az eredeti OKI-koncepciónak megfelelően az ápolónői és a védőnői ismereteket egységes alapokra helyezték; a képzés alapját az ápolónői ismeretek adták. A betegségek elleni küzdelmet, a prevenciót csak úgy lehet hatékonyan végezni – érveltek a szakemberek –, ha az egészségügyi segédszemélyzet ismeri is a betegségeket, amelyek ellen a harcot folytatja.<sup>227</sup> Az alapozó ápolónői ismeretek megszerzése után a képzés kettévált: a védőnők speciális tantárgyakat, a leendő ápolónők pedig emelt szintű ápolási és betegellátási tárgyakat hallgattak. A központi tanfolyam megindulásával a korábbi felekezeti és egyetemi tanfolyamokat állami rangra emelték, tantervüket és vizsgarendjüket pedig az OKI

---

<sup>222</sup> Johan 1929, 68–69

<sup>223</sup> Johan 1929, 43–48.

<sup>224</sup> Hámosi 2003, 40–41.

<sup>225</sup> Melly–Zuckermann 1931, 146.

<sup>226</sup> Batiz 1939, 10–12.

<sup>227</sup> Bielek – Kontra 1934, 93–94.

tanfolyamához igazították. A Vöröskereszt az ápolónők speciális irányú továbbképzését vette a kezébe.<sup>228</sup>

Az ápolónő- és védőnőképzés intézményrendszerének bővítésére a harmincas évek végén került sor. Addig a budapesti M. Kir. Ápolónő- és Védőnőképző Intézet, valamint az OKI ellenőrzése alatt, de a Debreceni Tudományegyetem szervezésében működő Ápolónő- és Védőnőképző Intézetben folyt az oktatás. 1938. február 1-én nyitotta meg kapuit a Szegedi M. Kir. Ápolónő- és Védőnőképző Intézet. A visszacsatolt területek védőnő-igényeinek ellátására 1939 elején megszervezték a felvidéki hallgatók számára induló tanfolyamot. A tanfolyam ideiglenesen Szegeden kezdte meg működését, majd 1939 végén Kassára költözött – 1939. november 15-én hivatalosan megnyílt a Kassai M. Kir. Ápolónő- és Védőnőképző Intézet. A védőnőképzés kiterjesztésének utolsó állomása 1940. november 14-én a Kolozsvári M. Kir. Ápolónő- és Védőnőképző Intézet megnyitása volt.<sup>229</sup>

A második világháború éveiben a megnövekedett ápolónői igények kielégítése végett a Vöröskereszt alapszintű ápolónőképzésének újraindítására is sor került. A vöröskeresztes Budapesti Felső Ápolónőképző hosszú szünet után 1942-ben nyitotta meg újra kapuit, és (újra) vöröskeresztes ápolónőképző tanfolyamok indultak Beregszászon, Sátoraljaújhelyen, Hódmezővásárhelyen és Gyulán is.

### ***A zöldkeresztes védőnők***

A zöldkeresztes egészségvédelem talán legfontosabb alakja az egészségügyi (zöldkeresztes) védőnő volt. Ő volt az, aki munkája révén napi kapcsolatba került körzete lakóival, aki oktató-nevelő és egészségügyi tevékenységével a legtöbbet tette a falu egészségvédelmének megszervezéséért. Munkájuk fő területei közé az anya- és csecsemővédelem, az iskolaegészségügyi tevékenység, a nemi betegségek és a tuberkulózis elleni küzdelem, a szegény betegek otthoni gondozása és a szociális gondozás tartozott.<sup>230</sup> Az ő feladata volt az

---

<sup>228</sup> Kapronczay 2001b, 166.

<sup>229</sup> A védőnőképzők mindenhol egységes tanterv és egységes vizsgakövetelmények szerint működtek. A felvétel feltételül 18–30 éves életkort, gimnáziumi érettségit vagy tanítónői oklevelet, valamint testi alkalmasságot követeltek meg. A képzés öt hónapos előkészítő tanfolyammal kezdődött, ezt egy év egy hónapos gyakorlati és elméleti képzés, majd fél év falusi egészségvédelmi munka követte. Az egyes tárgyak után kollokviumot, a tanfolyam végén pedig záróvizsgát rendszeresítettek. (Johan 1939, 93–95.)

<sup>230</sup> Az egészségvédelmi jelentések adatai szerint a védőnők munkaidejük 30%-át családlátogatással töltötték. 7%-nyi időt vett igénybe az iskolaegészségügyi munka, 14%-ot az egészségvédelmi tanácsadásokon való

orvosi utasítások betartásának ellenőrzése, ismeretterjesztő előadások szervezése, tartása, valamint általában az orvosi tanácsadó és vizsgáló munka előkészítése és segítése.<sup>231</sup>

A zöldkeresztes egészségvédelemben is központi hely illette a gyermekek egészségvédelmét. Láthattuk, hogy a gyermek-egészségügy kérdése már a századforduló előtt megjelent a szociálpolitikai illetve orvosi diskurzusban, és kiemelt helyét az első világháború után, majd az állami szervezésű egészségvédelem kiépítésének megkezdésével sem veszítette el. A gyermek-egészségügy központi témaként való kezelése több utólagos értelmezési kísérletet is indukált.

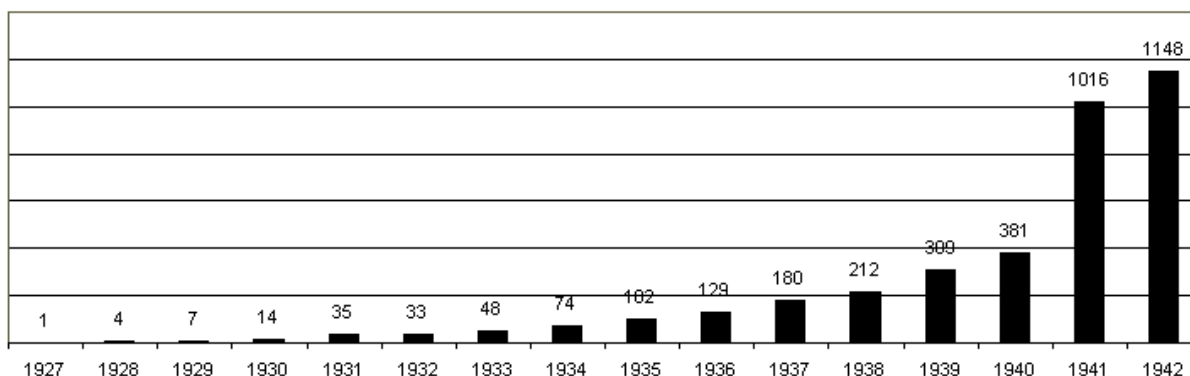
A gyermekek tematikája jól beleilleszkedik a kor központi, a nemzet fennmaradásának, a nemzeti jövő védelmének, a magyarság továbbélésének kérdését erkölcsi-politikai problémává és feladattá transzformáló politikai diskurzusaiba. A politikai alapon értékelő írások egy része emiatt a kérdést „álkérdésnek” tekintette, a hatalom szociális érzékenységének bizonyítási vágyát látta benne. A gyermekek egészségvédelmének kérdését hiba lenne azonban csak ezen diskurzív, mondhatni retorikai szintről elemezni – a gyermek-egészségügy fontosságának felismerése ugyanis az általános egészségügyi ismeretek bővülésével, illetve az egészségügy fogalomkörének fentebb már érintett átalakulási tendenciáival is kapcsolatban van. A preventív egészségügy, a „betegségek megelőzésének” hangsúlyossá válása azzal a felismeréssel kellett járjon, hogy a megelőzés, az egészségvédelem szempontjából a gyermekkor a legfontosabb életciklus. A gyermekkori ártalmak csökkentése, az általános egészségi állapot javítása, a még orvosolható elváltozások felismerése és kezelése az egyén életének későbbi szakaszaira is óriási hatással van. A tuberkulózis, a szem- és fogbetegségek, a gyakran maradandó károsodásokkal járó gyermekbetegségek az alkati elváltozások és betegségek korai és hatékonyabb gyógyításának hangsúlyozása, a gyermekek táplálkozásával foglalkozó kutatások sokasága egy tudatos hosszú távú egészségügyi, egészségvédelmi program alapelemének is tekinthető.

---

közreműködés, 6%-ot gyűléseken, megbeszéléseken való részvétel. Munkaidejük többi része irodai munkával (18%) valamint utazással (20%) telt. Utóbbi tétel természetesen elsősorban több községes egészségvédelmi körökben, illetve tanyás vidékeken jelentett nagy terhet. (Johan 1939, 64.)

<sup>231</sup> A védőnő iskolaegészségügyi tevékenységét az 52.231/1933.VKM rendelet szabályozta. Ennek értelmében a védőnő zöldkeresztes egyenruhában, arcképes igazolvánnyal a tanítás megzavarása nélkül minden iskolában egészségügyi és tisztasági ellenőrzést tarthatott – ahol zuhanyfürdővel ellátott egészségház üzemelt, ő gondoskodott az iskolás gyermekek rendszeres fürdetéséről. Nagy szerepe volt az iskolaorvosi szűrővizsgálatok és ellenőrzések során is: az orvosi vizsgálat előtt megmérte a gyermekek testsúlyát, magasságát, feljegyezte a látásélesség eredményeit, elvégezte a Pirquet-oltásokat. Az orvosi vizsgálat ezek után elsősorban a nemibetegségek, tuberkulózis, trachoma, a feregbetegségek (helminthiasis) illetve a hiányos táplálkozás kiszűrésére irányult. Az elemi iskola I–VI. osztályos valamint az ismétlő iskola I–III. osztályos tanulói az orvos és a védőnő időközönként részletes szív-, tüdő-, száj-, idegrendszer-vizsgálatokat, valamint ortopédiai vizsgálatokat is végzett. Bielek–Kontra 1934, 28., Svoboda 1939, 804–806.

9. ábra A zöldkeresztes védőnők létszámának alakulása



(Forrás: *Jelentés az Országos Közegészségügyi Intézet ... évi munkájáról*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet. 1927–1942.)

A zöldkeresztes védőnők az Országos Közegészségügyi Intézet alkalmazásában álltak. Beosztásukról, munkába állításukról az OKI igazgatója döntött. Illetményük havi tiszteletdíjából – törzsfizetésből és lakáspénzből állt. (Utóbbit természetesen csak akkor kapták, ha szolgálati helyükön nem működött védőnői lakással is rendelkező egészségház.) Az első években a védőnői illetményeket a Rockefeller Alapítvány állta, majd a támogatások megszűnésével az állam vállalta át annak folyósítását. Törzsfizetésük szolgálati éveik száma szerint emelkedett.

5. táblázat A zöldkeresztes védőnők havi törzsfizetése szolgálati éveik szerint (1938. január 1. után)

sz. év	0–3	4–6	7–9	10–12	13–15	16–18	19–21	22–24	25–27	28–30	31–33	34–
fiz. (P)	126	132,5	141	149	157,5	162	174	186	204	216	232	246,5

(Forrás: Johan 1939, 63.)

A védőnői fizetések – különösen a komoly képzettségi szint ismeretében meglehetősen alacsonynak mondhatók. A szolid kispolgári életnívót biztosító 200 pengő körüli havi fizetést

a védőnő csak több mint 25 év munkaviszony után érhetette el. A nehéz munkafeltételek, a megterhelő szolgálat következtében valószínűsíthető, hogy csak kevesen maradtak ennyi ideig szolgálatban. Nagy nehézséget okozott a házasság és gyermekvállalás kérdése is – nemcsak a potenciális házastársak számának relatíve alacsony száma miatt, hanem a házasság utáni további munkavégzés szempontjából is. A házasságkötést követő gyermekszülés aztán végképp összeegyeztethetetlennek bizonyult a védőnői munkával. Hámori Péter a védőnői szerep kapcsán a női szerzetesi minták átvételét hangsúlyozza – igaz ez mind a védőnők egyenruhájára, mind arra, hogy hivatalosan „testvér”-nek kellett szólítaniuk egymást.<sup>232</sup> A védőnő elvileg bármikor munkára rendelhetősége, a hosszú utazásokkal egybekötött családlátogatások és a saját gyermek gondozása, nevelése ugyancsak nem fért meg egymással. A házasságkötést követően a legtöbb védőnő hamarosan kénytelen volt megválni állásától.<sup>233</sup>

### *A zöldkeresztes akciók*

„Az egészséges életnek egyik elengedhetetlen feltétele, hogy a táplálkozási, ruházkodási és lakásviszonyok biztosítsák az organizmus fejlődésének zavartalanságát, illetve teljesítőképességének épségben maradását. A gondozottak jelentékeny csoportjánál – önhibájukból, vagy önhibájukon kívül – hiányzik a lehetősége annak, hogy az egészséges élet feltételeit maguknak biztosítsák. Ennek következtében a segélyezés lehetősége – a socialis gondozás – szükségképeni kiegészítő része az egészségvédelmi munkaprogramnak.”<sup>234</sup> Az egészségvédelmi tevékenység fentiek szerint értelmezett szociális intézmény-csomagja a harmincas évek közepétől kezdve hódított teret az egészségügyi, egészségvédelmi reformtörekvések sorában.

Az intézkedések közül a zöldkeresztes cukorakció beindítása volt az első. Ennek keretében a segélyben részesülők utalvány ellenében 1 hónapra 1 kg kristálycukrot kaptak. A segélyjogosultak körének kijelölése a zöldkeresztes védőnő hatáskörébe tartozott. A ráutaltság feltételeként megszabták, hogy a családban legyen 12 éven aluli gyermek, illetve terhes anya, a család évi összkeresete pedig nem haladhatta meg a 600 pengőt. Az akció 1935-ben kezdődött 10 vagon ingyencukor szétosztásával. A mennyiség a következő évek során

---

<sup>232</sup> Hámori 2003, 39-40.

<sup>233</sup> Johan 1939, 69–70.

<sup>234</sup> Bielek – Kontra 1934, 98–99.

rohamosan növekedett: 1938-ban 40 vagon, 1939-ben 148 vagon, 1940-ben 155 vagon, 1941-ben pedig már 186 vagon cukor képezte az akció alapját.<sup>235</sup> 1939-ben 16000 terhes és szoptató anya, 80000 6 év alatti és 75000 7–11 éves gyermek részesült cukorjuttatásban.<sup>236</sup>

A cukor néptáplálkozásban betöltött szerepéről való korabeli gondolkodást nem lehet a mai dietetikai ismeretek alapján megítélni. A cukor az ipari forradalom Angliájában az energia forrásának számított. Az ipari munka fellendülése, valamint a gyarmatokon folyó ültetvényes termelés hatalmas energiamennyiséget igényelt a dolgozóktól, gyakoriak voltak az éhínségek, az éhezés következtében fellépő betegségek, halálokok. A cukor, az édesség fogyasztása a hiányos táplálkozási viszonyok közepette az energia-utánpótlás biztosításán túl egyfajta privilegizált hozzáférést is jelentett. Sidney W. Mintz *Sweetness and Power* című munkájában a cukor táplálkozásban betöltött szerepét és a cukorfogyasztás társadalmi és gazdasági hátterét vizsgálva egyenesen a cukor drog-jellegéről ír: a cukor fokozta a proletariátus vitalitását, elégedetté tette őket, ezzel pedig csökkentette a velük kapcsolatos „járulékos” társadalmi és gazdasági költségeket.<sup>237</sup>

A harmincas évek végén kezdődött meg a cukorakcióhoz hasonlóan szervezett zöldkeresztes tejakció. Az igényjogosultak köre, az utalványozás mechanizmusa ugyanaz volt, mint a cukorakciónál. A ráutalt terhes nők (a terhesség negyedik hónapjától) és a szoptató anyák (a szoptatás hatodik hónapjáig), valamint a három év alatti gyermekek napi fél liter, a 3–11 éves gyermekek napi negyed liter tejben részesülhettek. Az akció méreteit mutatja, hogy 1939-ben összesen 17 millió liter tej került szétosztásra.<sup>238</sup> A következő évben mintegy 20000 terhes és szoptató nő, 50000 3–5 éves és 100000 3–11 éves gyermek alkotta a segélyezettettek körét.<sup>239</sup> A visszacsatolt területeken is megindult a tejakció szervezése. 1939-ben a „Magyar a Magyarért” mozgalom 2 millió liter tej vásárlására elegendő összeget adott át az akció szervezési céljaira az Országos Közegészségügyi Intézetnek.<sup>240</sup>

1938 májusában a Békés megyei Doboz községben a Népélelmezési Bizottság tervei alapján kísérleti gyermekétkeztetési akció kezdődött. A népélelmezési akciók megindításának hátterében a néptáplálkozásnak hogy az első világháborút követő években nemzetközi szinten is megindult kutatása állt. 1928 februárjában felmerült egy nemzetközi táplálkozás-higiénés

---

<sup>235</sup> Bielek 1942a, 734.

<sup>236</sup> Johan 1939, 163.

<sup>237</sup> Mintz 1985.

<sup>238</sup> Johan 1939, 162.

<sup>239</sup> Bielek 1942a, 731–732.

<sup>240</sup> Johan 1939, 162.

társaság alapítása, amely végül a Népszövetség keretein belül meg is kezdte működését. A társaság 1937-es genfi értekezletén felhívást tett közzé, hogy az egyes államok állítsanak fel nemzeti népelelmezési bizottságokat, amelyekben szaktudósok és gazdasági szakemberek együttes munkával felkutatják a népelelmezés esetleges hiányosságait, problémáit és egyben javaslatokat is tesznek azok megoldására. Hazánkban a felhívás után röviddel, még 1937-ben meg is alakult a Magyar Népelelmezési Bizottság. Elnöki tisztét a belügyminiszter foglalta el, helyettese a belügyminisztérium orvosállamtitkára lett.<sup>241</sup> 300 kiválasztott szegény sorsú gyermekből 159-en kerültek az étkeztetési akcióban résztvevő csoportba.<sup>242</sup> Az akció rendszeres orvosi felügyelet és ellenőrzés mellett folyt, a munkában részt vevő orvoscsoport rendszeres jelentésekben számolt be az étkeztetett gyerekek általános egészségügyi állapotának és testi jellemzőinek alakulásáról. A kísérleti akcióval kapcsolatban szociális célzatú zöldkeresztes gyermekétkeztetési akciókat is szerveztek. Az étkeztetési akciók pénzügyi fedezetéül egyrészt a tejakció adott területre eső részéből elvont összeg adta, de az étkeztetés költségeinek kétharmadát helyi forrásokból kellett előteremteni.<sup>243</sup>

1935-ben indultak el az első zöldkeresztes népelelmezési (főző-) tanfolyamok. Célkitűzésük az volt, hogy általuk „a falu fiatalabb asszonyai és leányai megtanulják az egyes vidékek termelvényeinek minél változatosabb elkészítését, rászokjanak a változatos táplálkozásra, megismerjék és megkedveljék a zöldfőzelékeket, s elsajátítsák néhány olyan diétás étel elkészítését, amelyek az otthon ápolt vagy a kórházból hazakerült lábadozó betegek, továbbá a kisdetek táplálásában szükségesek.”<sup>244</sup> A tanfolyamok szervezését 1937-ig központilag a Belügyminisztérium közjóléti osztálya támogatta. 1935-ben 1500, 1936-ban 4000, 1937-ben 6500 pengőt fordítottak a tanfolyamok szervezésére. 1937-től a vármegyék közjóléti költségvetésében biztosították a fedezetet, majd ezeknek a Nép- és Családvédelmi Alapba olvasztása után, 1941-től az ONCSA vette át a finanszírozást, törvényhatóságokként 1500, összesen körülbelül 80000 pengőt folyósított.<sup>245</sup>

---

<sup>241</sup> Sós 1942, 35.

<sup>242</sup> Johan 1939, 164–165.

<sup>243</sup> Újabb szociálpolitika-történeti kutatások a népelelmezési akciók, mindenekelőtt a zöldkeresztes tej- és cukorakciók kapcsán a zsidóellenes politika és a szociálpolitika összefonódását hangsúlyozták. A zöldkeresztes akciókhoz szükséges termékeket a központi szervek a jórészt zsidó tulajdonosok által fenntartott élelmiszeripar különadóiból, beszolgáltatási kötelezettségéből, illetve esetenként államosítása révén teremtték elő. (Ungváry 2002; Szikra 2006)

<sup>244</sup> Johan 1939, 165–166.

<sup>245</sup> 1935 és 1941 között a főzőtanfolyamokon összesen 19282 lány és asszony vett részt. A családfenntartó foglalkozása szerint földműves volt közülük 12552, iparos 3010, „teljesen nincstelen” 990, és egyéb foglalkozású 2730. (Kovács 1942, 331–332)



1939 márciusában Csongrád vármegye kísérletképpen új típusú népelelmezést javító akcióba kezdett. Szegény újszülöttek családjainak 100 m<sup>2</sup>-es veteményeskert beültetéséhez szükséges vetőmagokat és palántákat, illetve 4–5 gyümölcsfacsemetét adtak. Az anyáknak 3–4 napos oktatást tartottak, amelyen a kert telepítésére, gondozására, a termelt anyagok helyes és célszerű felhasználási módjára vonatkozó ismereteket adtak át. Az akcióba bevont családokat az egészségvédelmi szolgálatok orvosai illetve a községi orvosok választották ki. A „zöldkeresztes kiskert”-akció szimbolikus megindításaként március 25-én Johan Béla és Bonczos Miklós államtitkár, Kádár L. Levente miniszteri osztályfőnök és a Csongrád vármegyei főispán egy nagymágocsi szegény család udvarán 1–1 fát ültetett el. Az összes többi érintett községben is erre a napra időzítették a fák, magvak és palánták ünnepélyes átadását.<sup>246</sup>

### ***Szervezetek harca az egészségvédelemért***

A védőintézet-szervezés és a védőnőképzés kapcsán már többször említésre került az Országos Stefánia Szövetség és az Országos Közegészségügyi Intézet illetve a Zöld Kereszt között fel-fellángoló vita, rivalizálás. Az egyet nem értés, a szembenállás szakmai szempontból egy mindent megalapozó kérdés körül bontakozott ki: nevezetesen az eltérő egészségvédelmi koncepciók közül melyik a hatékonyabb, melyik méltóbb a támogatásra, melyik szolgálja jobban az ország érdekeit. A Stefánia Szövetség – mint már szó volt róla – tevékenységét a szakvédelmi rendszer keretében építette ki. A szakvédelmi rendszer az egészségvédelem egységének az egyént tekintette, a program kiépítése során a halálozási arányok alapján felállított fontossági sorrendet kívánta követni. Ennek megfelelően ágazati jelleggel először a csecsemőhalálozás visszaszorítását célzó anya- és csecsemővédelem, majd a tuberkulózishalandóság elleni harc jegyében a tbc-védelem rendszerének kiépítésére törekedett. Szakembergárdáját szakorvosok és szakvédőnők alkották. A szakvédelmi rendszer elméletével szembenálló általános vagy családi egészségvédelem ugyanakkor legkisebb egységnek a családot tekintette. „(A) család egészségvédelmi szempontból egy egységet

---

<sup>246</sup> 1939 tavaszán 500 kiskert létesült, ezekben 1500 fiatal gyümölcsfát ültettek el. 1940-ben az akció már 18 csongrádi községet érintett, ezekben összesen 890 kiskert kialakítására került sor. A költségeket a vármegye közzóléti alapjából fedezték. 1940 tavaszán Csanád-Arad-Torontál vármegye is megindította a zöldkeresztes kiskert-akciót. (Havas 1939, 705–706.; Kovách 1941, 363) A következő évben a Népelelmezési Bizottság javaslatára a Belügyminisztérium felhívta a vármegyéket az akcióhoz való csatlakozásra. A költségek ekkortól már központilag, az ONCSÁ-nál kerültek elkülönítésre. (Havas 1939, 704–705; Havas 1942, 282)

alkot. A család egy tagjának betegsége (pl. tuberkulózisa) nem közömbös a család többi tagjára, például a csecsemőre nézve sem. A csecsemővédelem kapcsán foglalkozni kell az egész család egészségi és szociális viszonyaival, ami sokkal könnyebb, ha a család összes tagjának gondozását egy szervezet végzi.”<sup>247</sup>

További szembenállási pont volt az állami illetve társadalmi irányítás kérdésköre. A Stefánia Szövetség „államtól átruházott hatáskörben” ugyan, de végső soron társadalmi szervezatként végezte egészségvédelmi munkáját. A Rockefeller Alapítvány magyarországi szerepvállalása előtérbe tolta az állami szervezésű prevenció gondolatát. A Rockefeller Alapítvány egészségügy-szervező tevékenysége során kizárólag államokkal volt hajlandó szerződéseket kötni. Ebből következően egyértelműen csak az állami szervezettségű egészségvédelmi rendszer kiépítésére kívánt támogatásokat nyújtani. Az állami intézményként létrehozott Közegészségügyi Intézet, mint központi közegészségügyi és egészségvédelmi szerv felállása törést okozott az addigi egységesen társadalmi alapon, a Stefánia Szövetség irányítása alatt szerveződő egészségvédelem terén. Az egészségvédelmi mintajárások megalakítása, és ezzel párhuzamosan a nem tisztázott státusú és jogkörű Zöld Kereszt szervezése pedig már komolyan veszélyeztetni kezdte a Stefánia Szövetség jól kiépített, addig biztosnak és rendíthetetlennek tűnő hegemon pozícióit. Johan meghaladottnak minősítette a szakvédelmi rendszert, és a modernség jegyében saját intézményeinek igényelte a vezető szerepet: „Ma már a közönség többet kíván, mint az egészségvédelemnek csak egy ágát és a socialis egészségügy más ágazataiban azóta elért haladás új irányokat jelöl ki a munka számára és új, más eredményeket is vár. Az egészségvédelmi munka első fázisa után el kell következnie a második fázisnak. E második nem akarja feláldozni az első eredményeit, csak biztosítani akarja az emberi élet későbbi szakaira is.”<sup>248</sup>

Az Állami Ápolónő- és Védőnőképző Intézet felállítása tovább borzolta a kedélyeket a Stefánia vezetőségében. 1930 októberében a Stefánia Szövetség memorandummal fordult a népjóléti és munkaügyi miniszterhez a szakvédelmen alapuló prevenciós rendszer fenntartása és további kiépítése és az általános egészségvédelem terjeszkedésének meggátolása érdekében. Az egyes egészségvédelmi problémák a gyakorlatban nem azonos súlyúak – érveltek, ennél fogva először lehetőleg minden erőforrást a legfontosabb csecsemőhalálozás- és tbc-elleni küzdelemre kell összpontosítani. Állításuk szerint az általános egészségvédelem rendszere Németországban már megbukott, ezért nem érezték jogosnak a Zöld Kereszt

---

<sup>247</sup> Johan 1939, 251.

<sup>248</sup> Johan 1929, 60.

fokozatos előtérbe állítását. Ernszt József népjóléti miniszter válaszában támogatásáról biztosította az aláírókat, helyeselte az egészségvédelmi munkában kialakult munkaközösséget állam, önkormányzat és társadalom között – érdemben azonban nem tett, nem tehetett ígéretet a követelések teljesítésére.<sup>249</sup>

1930 márciusában az Országos Orvosszövetség hasábjain Szénásy József kísérelt meg új támadást intézni, kemény hangú cikkét az első számú ellenfélnek tekintett Johan Bélának szánta. Felsorolta a Stefánia Szövetség által addig elért eredményeket és óva intett a meglévő rendszer, az addig elért eredmények megbontásától, esetleg szétzúzásától.<sup>250</sup> Az események váratlan fordulatot vettek: a támadásra nem Johan, hanem a Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium államtitkára, Scholtz Kornél válaszolt. Scholtz – békítő szándékkal – biztosította a Stefánia Szövetséget addigi pozícióinak fennmaradásáról, ugyanakkor hitet tett az új típusú általános egészségvédelmi rendszer kiépítésének szükségessége mellett.<sup>251</sup> Az egészségvédelem megszervezéséért folytatott harc eldőlni látszott a Közegészségügyi Intézet javára.

A harc azonban még nem csitult: az OKI a gazdaságosság érvét vitte a küzdelembe – a harmincas évek elején beköszöntő súlyos gazdasági válság időszakában ez az érv rendkívül hatásosnak bizonyulhatott.<sup>252</sup> A Stefánia Szövetség az őt ért bírálatokra azzal próbált válaszolni, hogy saját tevékenységét mint természetesen kialakult rendszert, mint a hazai viszonyokra specializálódott, azokkal együtt élő, azoknak megfelelő rendszert tekintette, és szembeállította azt a külföldről importált, külföldi mintákat követő, új és idegen rendszerrel. „Az államnak nem szabad megengednie azt, hogy ugyanazon munkaterületen két különálló szerv dolgozzék, még kevésbé szabad a ki nem próbáltat, a kísérletezgetést favorizálni a régen bevált munka rovására.” – fogalmazott Ugron Gábor.<sup>253</sup>

Az 1930-as memorandum aláíróinak névsora jó alkalmat kínál a Stefánia társadalmi-közéleti kötődéseinek megfigyelésére. Bókay János, aki már a Szövetség kialakításában is jelentős szerepet vállalt, a budapesti egyetem gyermekgyógyászat-tanszékét töltötte be 1929-es nyugdíjba vonulásáig. Hainiss Elemér ugyancsak nyilvános rendes tanár, a gyermekgyógyászat professzora volt előbb a szegedi, majd éppen Bókay visszavonulása után

---

<sup>249</sup> Az Országos Stefánia Szövetség memoranduma a népjóléti és munkaügyi miniszterhez a védőnők képzése és munkábaállítása tárgyában. Budapest, 1930. Országos Stefánia Szövetség. 8–13.

<sup>250</sup> Szénásy 1930

<sup>251</sup> Scholtz 1930

<sup>252</sup> Johan 1931, 5–6.

<sup>253</sup> Ugron 1931, 392.

a budapesti egyetem orvosi karán, Tóth István ugyanitt a szülészeti és nőgyógyászat nyilvános rendes tanára. Ruffy Pál jogász hosszú ideig az állami gyermekmenhelyek főfelügyelője, Parassin József a főváros tüdőbeteggondozó intézeteinek igazgató-főorvosa, Fáy Aladár orvos, tüdőgyógyász, egykori közegészségügyi főfelügyelő pedig a tuberkulózis elleni országos bizottság kormánybiztosa volt. Aláírta a memorandumot Fekete Sándor, az Apponyi anyaoththon vezető főorvosa, a budapesti egyetemen a szülészeti-nőgyógyászat magántanára, Szénásy József szülész-nőgyógyász, a Stefánia Szövetség főorvosa és természetesen Keller Lajos, a Szövetség ügyvezető igazgatója is. Már ezekből a nevekből is látható, hogy bár a vezető és befolyásos tagok egyfelől a szakmai elemet képviselték, a Stefánia erősen Budapest-centrikus intézmény volt. Vezetőinek köre jórészt a budapesti szülész- és gyermekgyógyász professzorok illetve a tüdőbeteggondozás intézményi vezetői közül került ki.

Az aláírók között azonban nem csak orvosokat, hanem politikusokat is találhatunk. Mindenekelőtt Ugron Gábort, a Szövetség elnökét, az Esterházy- majd a harmadik Wekerle-kormány egykori belügyminiszterét, 1930 és 1935 között a 33-as országos bizottság elnökét és Bárczy Istvánt, Budapest volt főpolgármesterét, a budapesti Pátria szabadkőműves páholy tagját. Ugron és Bárczy 1919–21-ben a Nemzeti Szabadelvű, majd a Vázsonyi Vilmos-féle Polgári Demokrata Párttal való egyesülés után a Nemzeti Demokrata Párt vezetői, a 20-as és 30-as években a kormány liberális ellenzékének oszlopos tagjai voltak.<sup>254</sup> Csilléry András orvos (közelebbről fogorvos) ugyan, számunkra azonban érdekesebb, hogy a később nyilas kormánybiztossá avanzsált politikus, a Friedrich-kormány egykori népegészségügyi minisztere ekkor még az ellenzéki Keresztény Gazdasági és Szociális Párt híve volt, befolyásos budapesti várospolitikus, a budai I. sz. választókerület országgyűlési képviselője. A nevek a liberális illetve keresztény ellenzékét, valamint az országos vezetéssel szemben politizáló fővárosi politikusok csoportjait – és a fővárosi érdekeket – sejtetik a Stefánia mögött.

A Stefánia és az OKI küzdelme a 19. és a 20. század uralkodó eszméinek, az ebből következő szerepfelfogásoknak csatájaként is értelmezhető. A klasszikus liberális, társadalomra építő, az állami beavatkozást minimálisra korlátozó régi szemlélet ütközött a központosító, az állam szerepét kiterjesztő, befolyási és ellenőrzési övezetét növelni szándékozó konzervatív politikával. A 30-as évek szociálpolitikájában, a gömbösi „reformtervek” állami megalapozásában a Stefánia társadalmi szervezetként már nem játszhatott komoly szerepet.

---

<sup>254</sup> L. Nagy 1980.

### *Az OKI az állami egészségvédelmi munka központja*

1930-ban a népjóléti és munkaügyi miniszter a Közegészségügyi Intézet státusát nagyban befolyásoló rendeletet hozott: a fertőző betegségek bejelentését nemcsak az első- és másodfokú közegészségügyi hatóságok, hanem az OKI felé is kötelezővé tette. Ezzel újabb lépés történt az egészségügyi intézményrendszer központosítása terén: az OKI Járványügyi Alosztálya a fertőző betegségek követésének, a védekezés megindításának, irányításának központi szervévé vált. A Járványügyi Alosztály a beérkezett jelentésekről heti rendszerességgel készített kimutatásokat, és a pontos, naprakész ismeretek terjesztése végett rendszeresen szétküldte azokat az egyes törvényhatóságok tiszti főorvosai számára.<sup>255</sup>

1932. április 15-én gr. Károlyi Gyula miniszterelnök a képviselőház elé terjesztette törvényjavaslatát a Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium megszüntetéséről, és az ügykörök más minisztériumokhoz csoportosításáról. Az 1918-ban alakult minisztérium működésének utolsó 1-2 évében viták és támadások kereszttüzébe került. Az 1930-ban kirobbant nagyszabású sikkasztási és hűtlen kezelési ügy aláásta a minisztérium tekintélyét.<sup>256</sup> „A közvéleményt illetően meg kell állapítanom – jelentette ki Kertész Miklós, az MSZDP országgyűlési képviselője – hogy egy évtizednek politikai mulasztásai, bűnei, törvénytelenége és cinizmusa termeltek ki a közvéleményben egy egészen bizarr egyenletet, amely úgy hangzik, hogy népjóléti minisztérium egyenlő panama, a panama kiirtása egyenlő a népjóléti minisztérium megszüntetésével.”<sup>257</sup>

A kormánypárt szónokai tagadták az ellenzék vádjait, miszerint a minisztérium megszüntetése, az ügykörök átcsoportosítása a „panama-minisztérium” eltüntetését célozná. A javaslat képviselőházi előadója, Kornis Gyula a „szociális állam” új eszmekörével magyarázta az intézkedéseket. A „laissez faire, laissez passer” liberális elvével szakítva az állam feladatköréként tételezte az egyes állampolgárok jóléte és egészsége feletti gyámkodást, a polgárok szociálpolitikai és egészségpolitikai védelmét. „A szociálpolitikai szellemről

---

<sup>255</sup> Johan 1939, 188–189.

<sup>256</sup> A minisztérium egyes tisztviselői többek között nagy pénzüsségeket utaltak át arra jogosulatlan személyeknek, a minisztérium pénzkeretéből illegálisan finanszírozták egyes politikusok kampányait, és súlyos visszaélések történtek a ruházkodási segélyek és a hadiárva-ellátásra szánt összegek körül is. A bűnügyekben a korszak neves szociálpolitikusát, a minisztérium volt politikai államtitkárát, Dréhr Imrét is vétkesnek találta a bíróság, aki, miután a több éves huzavona után 1936-ban 3,5 éves fegyházbüntetésre ítélték, öngyilkosságba menekült. (*Angyal Pál szakvéleménye Dréhr Imre bűnügyében.* Budapest, 1935.)

<sup>257</sup> Kertész Miklós felszólalása. *Képviselőházi Napló 1931–36.* VI. kötet. (72. ülés, 1932. ápr. 22.) 190–191.

áthatott állam arra törekszik, hogy a nép ne úgy érezze az államot, mint amely felette lebeg valami eszményi magasságban, vagy amely kardját, hatalmát mutogatja vele szemben, hanem úgy érezze, mint az ő védelmezőjét; érezze a nép azt, hogy voltaképpen ő maga az állam, amelyben az állam célja azonos az egyesek céljával és hogy nincs az állam a társadalomtól olyan elidegenítő messzeségben és magasságban.”<sup>258</sup> A gondoskodó, szociális állam fogalma egyben a centralizálás elvi alapvetését is magában foglalta: „(a) szociálpolitika ... nem egy külön önálló minisztériumnak kiváltságos feladata, hanem az egész kormányzaté a maga összes ágazatában, mert hiszen a társadalom egy élő organizmus, amelyben minden mindennel összefügg s ennek megfelelően a gazdasági, pénzügyi politika, kultúrpolitika, szociálpolitika mind egy erős, nagy szerves komplexumot alkot.”<sup>259</sup>

A minisztérium megszüntetésével kapcsolatban felhozott legfőbb érv mindazonáltal a takarékoság volt. „Az államháztartás mai súlyos helyzetében a takarékoság követelményeinek érvényesülni kell az állami költségvetés minden olyan tételénél, ahol a takarékoság a közérdek sérelme nélkül keresztülvihető.”<sup>260</sup> A takarékoskodás jegyében megszüntetendő népjóléti minisztérium ráadásul „még nem gyökeresedett bele mélyebben a magyar közigazgatásba”, tehát felszámolása nem fog komolyabb bonyodalmakat okozni. Az ügykörök visszakerülnek oda, ahonnan 1918-ban elvették – mondta Kornis.<sup>261</sup> Érdekes, hogy a baloldali ellenzék – bár könyörtelenül támadta a népjóléti minisztériumot botrányai és rossz működése miatt, mégis annak fenntartása mellett kardoskodott. A „rendőri szociálpolitika” és a „szuronyos egészségügy” képek ugyan inkább a politikai frazeológia részét képezték, de a belügyi kérdéssé alakított szociálpolitikát elvi alapokon is támadták. A centralizáló „szociális állam” képe helyett ők az intézményi különállást tekintették elsődlegesnek. „Kell egy népjóléti intézmény, amely európai szemszögből bírálja a helyzetet és az állapotokat, amely emberi belátással, humanitással kezeli a kérdéseket, amely nem rendőri ügynek tekinti a dolgozó nép szociális, gazdasági és egészségügyi viszonyát.” – fejtegette a szociáldemokraták vezérszónoka, Propper Sándor. A minisztérium megszűnésével a párt a szociálpolitikai ügyek elsikkadásától tartott.<sup>262</sup>

---

<sup>258</sup> Kornis Gyula előterjesztése. *Képviselőházi Napló 1931–36.* VI. kötet. (72. ülés, 1932. ápr. 22.) 178.

<sup>259</sup> Uo. 180.

<sup>260</sup> Indokolás „A m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszteri állás megszüntetéséről” szóló törvényjavaslatához. *1931–36. évi Országgyűlés. Képviselőház. Irományok.* II. 455.

<sup>261</sup> Kornis Gyula előterjesztése. *Képviselőházi Napló 1931–36.* VI. kötet. (72. ülés, 1932. ápr. 22.) 180.

<sup>262</sup> Propper Sándor hozzászólása. *Képviselőházi Napló 1931–36.* VI. kötet. (72. ülés, 1932. ápr. 22.) 188. A kérdés bizottsági tárgyalása során a szociáldemokrata képviselők különvéleményt fogalmaztak meg, amelyben a honvédelmi és külügyminisztérium megszüntetését indítványozták. A honvédelmi ügyeket a belügyminiszter, a külügyeket pedig a miniszterelnök fennhatósága alá helyezték volna. (Melléklet. A képviselőház közjogi és

A törvényjavaslat parlamenti vitája a szociálpolitikai kérdés körül forgott. Az egészségügyi igazgatás belügyi hatáskörbe vonása kisebb érdeklődést váltott ki.<sup>263</sup> A vita során mindössze egy egészségügyi szakember, nevezetesen az orvos Tóth Pál szólalt fel. Ő az egészségügy működésének folyamatosságát, megszakíthatatlanságát hangsúlyozta. Véleménye szerint az ügyosztály áthelyezése nem fogja érinteni az egészségügyi szervek munkáját. „A népjóléti minisztérium ... nem volt közegészségügyi minisztérium. ... A közegészségügy csak egyik alosztálya volt ennek a minisztériumnak, mint ahogy alosztálya lesz egy másik minisztériumnak. A közegészségügyön tehát ezzel az átcseréléssel semmiféle sérelme nem történik.”<sup>264</sup> Gr. Károlyi Gyula miniszteri zárszavában az egészségügy és az igazgatás összekötésének fontosságát hangsúlyozta, újabb érvet hozva fel a centralizálás mellett. „(Az egészségügyi kérdés) annyira összefügg és kapcsolatos a közigazgatással, hogy sokkal egyöntetűbben, gyorsabban, helyesebben, célszerűbben, gyakorlatiasabban vihető keresztül, ha a közigazgatás és az egészségügy egy főhatóság alá fog kerülni.”<sup>265</sup>

Az 1932 júniusával végül megszűnő Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium helyett a Belügyminisztérium vette át az OKI felett a felügyeleti jogkört is. Keresztes-Fischer Ferenc belügyminiszter Scholtz Kornél orvosállamtitkár javaslatára 1933 őszén megbízta az OKI-t az egész országra kiterjedő egészségvédelmi rendszer megszervezési terveinek részletes kidolgozásával. Az Intézet részéről Johan Béla és Gaál András Kálmán 10 éves munkaprogramot dolgozott ki, amelyet a kormány 1933 telén elfogadott. Ezen munkaterv alapján az OKI megkezdte az általános egészségvédelem (a „zöldkeresztes” egészségvédelem) országos kiépítését.<sup>266</sup>

Johan Béla 1934-es évi jelentésében rámutatott, hogy jelentős átfedések vannak a Belügyminisztérium illetve a Közegészségügyi Intézet egyes osztályai által végzett munkák között. Racionalizálási javaslatát a minisztérium elfogadta, és 1936 júniusában létrehozta a BM Egészségvédelmi és Járványügyi Osztályt (BM XV. ügyosztály), és az Országos Közegészségügyi Intézet épületében helyezte el. Vezetője az OKI igazgatója lett, aki ezzel párhuzamosan címzetes miniszteri tanácsosi címet kapott. Átszervezték az 1913 óta működő

---

társadalompolitikai bizottságának együttes jelentése „a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszteri állás megszüntetéséről” szóló 203. sz. törvényjavaslat tárgyában. 1931–36. évi Országgyűlés. Képviselőház. Irományok. II. 455.)

<sup>263</sup> „Lehet a közegészségügy a Belügyminisztériumban, ha így akarják, de a szociálpolitikát nem lehet rendőri ügyvé leminősíteni.” – mondta Propper Sándor. Propper Sándor hozzászólása. *Képviselőházi Napló 1931–36.* VI. kötet. (72. ülés, 1932. ápr. 22.) 185.

<sup>264</sup> Dr. Tóth Pál felszólalása. *Képviselőházi Napló 1931–36.* VI. kötet. (72. ülés, 1932. ápr. 22.) 189.

<sup>265</sup> gr. Károlyi Gyula felszólalása. *Képviselőházi Napló 1931–36.* VI. kötet. (72. ülés, 1932. ápr. 22.) 205.

<sup>266</sup> Johan 1939, 262–263.

közegészségi felügyelői rendszert is: az addigi általános felügyeleti jogkört gyakorló kerületi felügyelői intézményt megszüntették, helyükbe szakfelügyelőket állítottak. A közegészségügyi felügyelők rendszeren a Belügyminisztérium alkalmazásában álltak, de az egészségvédelmi feladatokat ellátó felügyelők az OKI alkalmazottai lettek. Az OKI Külső Munkák Osztálya vezetését a BM-alkalmazott közegészségügyi főfelügyelő vette át.<sup>267</sup> Megkezdődött a Belügyminisztérium és a Közegészségügyi Intézet szervezetének és apparátusának összefonódása.

A Közegészségügyi Intézet fontos kutatási területét képezte a fertőző betegségek kóroktanának vizsgálata, a szérumok kikísérletezése, tesztelése, illetve a már kipróbált, hatékony oltóanyagok szükséges mennyiségben történő termelése. Az OKI-val szoros együttműködésben lévő *Népegészségügy* című lapban az Intézet bakteriológusainak és szerológusainak nagyszerű terep nyílt kutatási beszámolóik közlésére, legújabb terveik, kísérleteik, illetve eredményeik nyilvánosságra hozatalára. A Bakteriológiai Osztály a húszas és a harmincas években kiemelt programként két fertőző betegség, a hastífusz és a diftéria védőoltásokkal történő megelőzésének lehetőségeit kutatta. A kutatások vezetőinek publikációiból jól végigkövethető a munkák menete, a kísérleti oltások módszere, valamint az elért eredmények elismertetésének mechanizmusa.

1936-ban változás történt az Intézet élén: az államtitkári székbe távozó Johan Béla helyett egy újabb egykori Rockefeller-ösztöndíjas orvos, Tomcsik József lett az igazgató. A többgenerációs gyógyszerész családból származó,<sup>268</sup> 1898-ban Aranyosgyéresen született Tomcsik Kolozsváron és Budapesten folytatta orvosi tanulmányait, 1922-ben szerezte meg orvosdoktori oklevelét. A Rockefeller Alapítvány az ő szakmai pályafutásában is óriási szerepet játszott: 1923 és 1925 között Rockefeller ösztöndíjjal a Harvard Egyetemen folytatott tanulmányokat, a washingtoni központi higiéniai intézetben dolgozott, majd a londoni School of Hygiene and Tropical Medicine hallgatója volt. Ugyancsak Rockefeller-ösztöndíjként megfordult a párizsi Pasteur Intézetben, valamint a koppenhágai és a frankfurti közegészségügyi intézetekben is. Pályája gyorsan ívelt felfelé, 1926-tól már az Alapítvány pekingi kórbonctani intézetének bakteriológiai laboratóriumát vezette. A következő évben

---

<sup>267</sup> *Jelentés az Országos Közegészségügyi Intézet 1936. évi működéséről.* Budapest, 1937, Országos Közegészségügyi Intézet. 8.

<sup>268</sup> Testvére, Tomcsik Jenő Nagyváradon, apja, Tomcsik József Aranyosgyéresen, nagybátyja, Tomcsik Jenő Erdőszentgyörgyön, nagyapja, id. Tomcsik József Marosludason volt gyógyszerész. 1971-ben gyógyszerész oklevelet szerzett nagynénjének dédunokája, Fazakas Éva is, ő Erdőszentgyörgyön, majd Marosvásárhelyen dolgozott. (Péter H. Mária: Erdélyi gyógyszerész dinasztiák. Előadás a 2014. júliusi gyulai Gyógyszerésztörténeti Nyári Egyetemen. <http://www.gyogyszeresztortenet.hu/wp-content/uploads/2014/07/Erdelyi-gyogyszereszdinasztiak.pdf>)



hazatért Magyarországra, és az OKI bakteriológiai laboratóriumának és Szerológiai Osztályának vezetője lett, elsődleges kutatási területe a diftéria elleni védekezés volt. 1931-ben a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen az immunitástan magántanárává habilitálták. 1932-ben újabb komoly megtiszteltetés érte, a Szegedi Tudományegyetemen a közegészségtan nyilvános rendkívüli tanárává nevezték ki. Tanszékét OKI-igazgatói kinevezéséig töltötte be, távozásakor nyilvános rendes tanári címmel ruházták fel. Részt vett a Népszövetség diftéria-ellenes munkájában is. 1943-ban elhagyta Magyarországot. Baselbe költözött, a baseli egyetem közegészségtani tanszékét foglalta el, 1964-ben bekövetkezett haláláig a svájci közegészségtan-oktatás főalakjának számított.

A Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat 1927-ben tulajdonképpen bármiféle törvény vagy rendelet nélkül született meg. A Közegészségügyi Intézet felügyelete és ellenőrzése alatt tevékenykedett, az államigazgatás, a központi kormányzat nem szabályozta működését. 1940 végére a terület-visszacsatolások következtében jelentkező súlyos egészségvédelmi problémák, valamint a romló gazdasági helyzet szükségessé tette az egészségvédelem intézményrendszerének átfogó szabályozását, az egymás mellett, egymástól függetlenül (de egyaránt állami támogatással) működő szervezetek munkájának egységbe szervezését. 1940 őszén az állami pénzügyi támogatás folyamatos csökkenése következtében ellehetetlenült Stefánia Szövetség felajánlotta, hogy a működésének alapját képező anya- és csecsemővédelmi intézményrendszert, valamint tanácsadó orvosi és védőnői karát átadja a Zöld Keresztnek.<sup>269</sup> Kivételt csak a budapesti intézmények jelentettek – az OKI illetékességi köre továbbra sem terjedt ki a fővárosra, a Stefánia itteni intézetei székesfővárosi kezelésbe mentek át – itt az egészségvédelmi tevékenység továbbra is a szakvédelmi rendszer keretei között valósult meg. A Stefánia összesen 334 védőintézetétől és 850 védőnőjétől volt kénytelen megválni.<sup>270</sup>

Az 1940 szeptemberében kiadott 730/1940.BM és az 1000/1940.BM rendeletek 1941. január 1-től egységesítették a magyar egészségvédelmet. Az egészségvédelmi szakmunka lebonyolítását az Országos Közegészségügyi Intézet központi felügyelete és irányítása alatt álló Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat feladatkörébe utalták. 1941-től a zöldkeresztes egészségvédelmi munkát „állami tevékenység”-nek tekintették. Vezetője a tisztifőorvos illetve a tisztiorvos lett, a védőnők állami tiszteletdíjas alkalmazottnak minősültek, fizetésüket közvetlenül az állam folyósította. A 888/1940.BM rendelet értelmében az nyerhetett védőnői

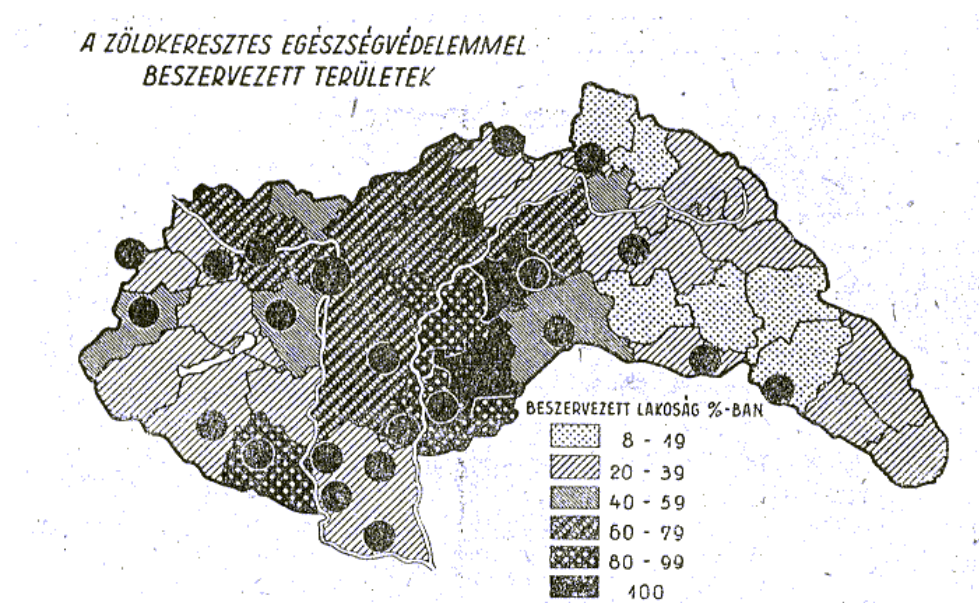
---

<sup>269</sup> Johan 1941b, 25–27.

<sup>270</sup> Szénásy 1997, 177.

kinevezést, aki valamely állami ápolónő- és védőnőképző intézet által kiállított oklevéllel rendelkezett, illetve 1940. december 31-én szakvédőnői minőségben az Országos Stefánia Szövetség alkalmazásában állt. A védőnők 1942. január 1-től végül – egy hosszú ideje fennálló probléma megoldásaként – nyugdíjjogosultsággal járó „rendszeres állásba” kerültek.<sup>271</sup>

10. ábra A zöldkeresztes egészségvédelem Magyarországon (1942)



(Forrás: Johan 1943, 795.)

Az Országos Stefánia Szövetség 1940. december 31-ig kimondta megszűnését és Országos Egészségvédelmi Szövetség néven szerveződött újjá. Az elnöki tisztelet Ugron Gábortól Johan Béla vette át.<sup>272</sup> Feladata az lett, hogy a zöldkeresztes egészségvédelem munkáját szociális háttértevékenységgel egészítse ki. Az egészségvédelmet ezzel intézményesen kétfelé bontották: egészségvédelmi szakmunkára, amelyet állami szerv, a zöldkeresztes szolgálat végez, valamint szociális munkára, amelyet társadalmi szervezet, az Országos

<sup>271</sup> *Zöld Kereszt*, 1941/11. 241.

<sup>272</sup> Az elnökváltás a Szövetség 1940. december 27-i ülésén történt meg. A két szervezet közti folytonosságot Keller Lajos, volt Stefánia Szövetségi ügyvezető igazgató alelnökké választása jelképezte. Az Országos Egészségvédelmi Szövetség közleményei. *Zöld Kereszt*, 1941/1. 16–17.

Egészségvédelmi Szövetség lát el.<sup>273</sup> Az Egészségvédelmi Szövetség jelvénye a zöld kereszt, fővédnöke Horthy Miklósné lett.<sup>274</sup>

Az Egészségvédelmi Szövetség a Stefánia Szövetség volt fiókszövetségi hálózatára épült rá. Az OESZ fiókszövetségek feladata lett az egészségvédelem működési feltételeinek biztosítása valamint a karitatív segélyezés. A fiókszövetségek szervezték a háztartási kisegítő szolgálatokat (a leventeleány-rendszer segítségével), BM és ONCSA támogatással bonyolították a szülészeti vándorláda- és csecsemőkelengye-akciókat és bekapcsolódtak a gyermekétkeztetésbe.<sup>275</sup> A fiókszövetségek kezelésében maradtak továbbá a Stefánia Szövetség egykori anyaotthonai, szülőotthonai, bölcsődéi és napközi otthonai is. Ezek fenntartásának költségei részben ugyancsak társadalmi gyűjtésből kellett fedezniük.<sup>276</sup>

Az általános egészségvédelem egységes állami szervezésének meghirdetése a felügyeleti jogkört gyakorló Közegészségügyi Intézet számára komoly többletmunkát jelentett, ami az osztályok számának jelentős bővülését hozta.<sup>277</sup> A tüdőbeteg- és a nemibeteg-gondozás már a harmincas évek végétől (1936-tól illetve 1938-tól) az OKI hatáskörébe tartozott, de egységes központi irányításuk megszervezésére csak 1940-ben került sor. Az 1940:VI. tc. az OKI-t bízta meg az immár állami feladattá emelt tbc- és nemibeteg-védelemmel. A törvény 30 ezer főnél nagyobb településen nemibeteg-gondozó intézet létesítését írta elő. A nemibeteg-gondozó feladata lett a jelentkezők orvosi vizsgálata, a fertőzőforrások felkutatása, a szegénysorsú és biztosított betegek rendszeres kezelése, a házasság előtti orvosi vizsgálat és tanácsadás, nyilvántartás vezetése, valamint a nemi betegségekkel kapcsolatos felvilágosító munka végzése. A nemi betegek gondozását a törvény a Zöld Keresztre bízta.<sup>278</sup> A tbc-

---

<sup>273</sup> Részben hasonló tevékenységi körben működött a Belügyminisztérium Szociális Szervezete is. A Szervezet a felvidéki „Magyar a Magyarért” mozgalom utódként jött létre 1939. november 13-án. Munkáját a Felvidékre és Kárpátaljára korlátozta. Szervezte a hatósági közsegélyek lebonyolítását, társadalmi akciókat hívott életre, a közegészségügyi szervekkel együttműködve adatgyűjtéseket, szociális felvételeket végzett. (Bonts 1940, 73–77.)

<sup>274</sup> Bielek 1942b, 1.; Johan 1941b, 26.

<sup>275</sup> Bielek 1942b, 17.

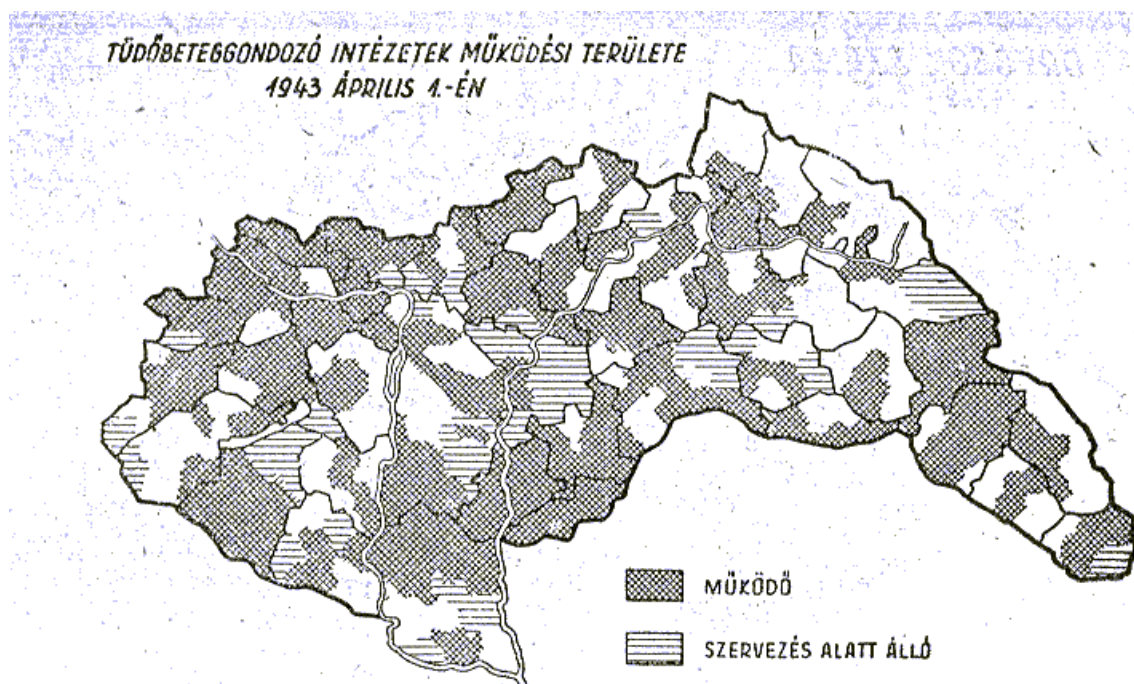
<sup>276</sup> Bielek 1941, 52–53.

<sup>277</sup> 1940-től az OKI Egészségvédelmi Csoport keretében megszervezték a Tüdőbeteg-gondozó Osztályt, a Nemibeteg-gondozó Osztályt és a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Osztályt, majd 1942-ben a munka koordinálására felállították az OKI Általános Egészségvédelmi Osztályát. Az egészségvédelmi osztály keretében működött ekkortól az Ápolónői és Védőnői Iroda, az Iskolafogászati-, a Tüdőbeteg-gondozó- valamint a Nemibeteg-gondozó Alosztály. 1940-ben a Szerológiai Osztály Oltóanyag-termelő Osztályra és Oltóanyag-ellenőrző Osztályra vált szét, 1942-ben önálló osztályként szerveződött meg a korábban alosztályként működő Egészségügyi Műszaki Osztály. A fertőző betegségek elleni védekezés egységesítése jegyében 1942. január 1-én Pasteur Laboratórium néven az OKI-ba olvasztották veszettség elleni védőoltásokat végző Budapesti Pasteur Intézetet. 1942-ben Sós József dietetikus, egyetemi magántanár megbízást kapott az OKI-n belül működő Népelelmezéskutató Osztály és egy ezzel összhangban működő Golyvakutató Állomás létrehozására. (Bakács 1959, 222–223)

<sup>278</sup> Domahidy 1942, 649–650.

gondozó és a nemibeteg-gondozó intézetek szakorvosok vezetése alá kerültek. A tbc-gondozó intézetek igazgatásilag a járási vagy városi, míg a nemibeteg-gondozók a törvényhatósági egészségvédelmi szolgálat részei lettek.<sup>279</sup> A kistelepüléseken és a tanyás területeken „gépesített” vándor tüdőgondozókat rendszeresítettek.<sup>280</sup>

11. ábra Tüdőbeteggondozó intézetek Magyarországon



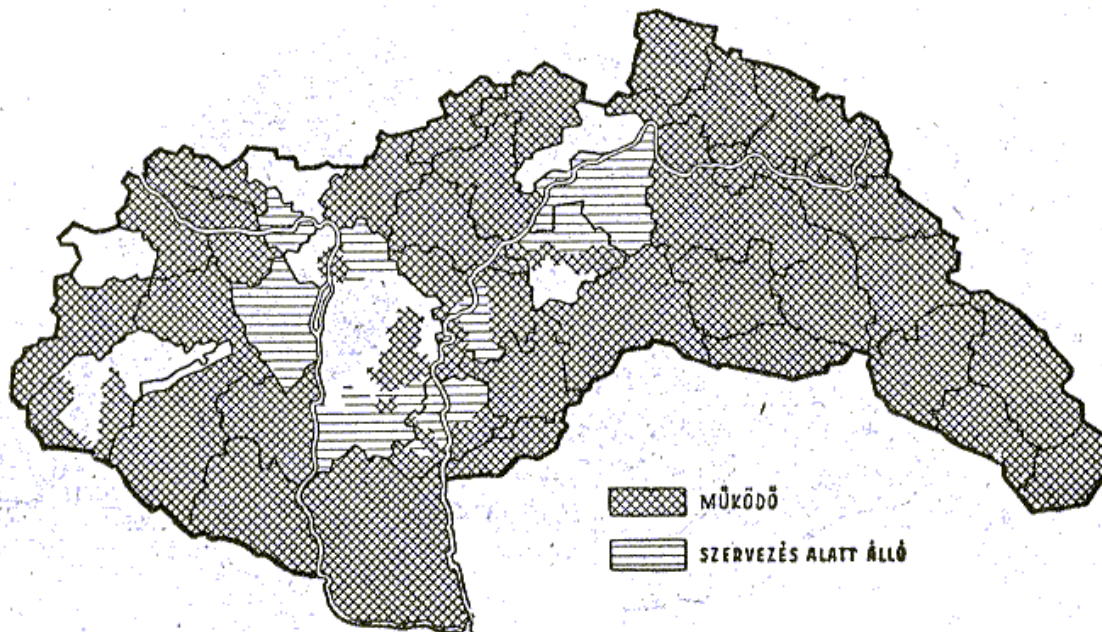
(Forrás: Johan 1943, 794.)

<sup>279</sup> Kontra 1942, 437–438.

<sup>280</sup> Schütz 1942, 627.

12. ábra Nemibeteg gondozó intézetek Magyarországon (1942)

*NEMIBETEGGONDOZÓ INTÉZETEK MŰKÖDÉSI TERÜLETE*



(Forrás: Johan 1943, 794.)

1943-ban ismét Johan Béla vette át az Intézet vezetését immár főigazgatói minőségben. A következő évben az ország hadszínterré válása, a gyakori bombázások súlyos károkat okoztak az Intézetnek és a külső létesítményeknek. A központi laboratóriumokat a bombatámadás-veszély miatt ki kellett telepíteni Budapestről – a Laboratóriumi és Járványügyi Csoport Tihanyba, az Egészségvédelmi Csoport és a BM Egészségvédelmi és Járványügyi Osztály Balatonlellére míg az Egészségügyi Műszaki Osztály a nyugati határhoz közeli Jánosházára menekült.<sup>281</sup>

### ***Társadalombiztosítás és „társadalmi” ellenőrzés***

A 19. század utolsó két évtizedében Európa-szerte a munkásbiztosítás és a munkásvédelem kérdéskörén vitáztak a gazdaság- és társadalompolitikával foglalkozó szakemberek, politikusok. A tét többek között az volt, megoldható-e az ipari fejlődés következtében megnőtt gyári munkás- és alkalmazotti réteg egészségügyi viszonyainak javítása, megoldható-

<sup>281</sup> Erdős – Szlobodnyik 1998, 19.

e az orvosi kezelések és a kórházi ellátás elérhetővé tétele a társadalom jelentős csoportjai számára. A kórházi ápolás kérdésének előtérbe kerülése a megváltozott gazdasági és társadalmi viszonyok következményének tudható be. A lakókörnyezeti változásokon túl a gondoskodási és kötődési szálak felbomlása és újraformálódása is a biztosítási rendszer kiépítésének irányába hatott.<sup>282</sup> Az állam és a vállalkozói rétegek már az iparosodás kezdetétől fogva a régi rendi és céhes kötődések felszámolását szorgalmazták. A gazdasági liberalizmus uralkodóvá válása döntő jelentőségű volt a folyamatok felgyorsításában. A két jelenségkör a gyakorlatban szorosan összekapcsolódott: „A lakosság azon része, amelynek életkörülményeit a korszak drámai gazdasági átalakulása érintette, fokozatosan kiszorult a szociális védelem hagyományos mechanizmusából.”<sup>283</sup> Elodázhatatlanná vált az állami szociálpolitika rendszerének kiépítése.

A modern társadalombiztosítás eszméje teljes mértékben különbözött a korábbi évszázadok „szegénységélyezési” rendszerétől. A „szegények” állami ellátása, gondozása a tényleges szociális elemen túl számos „rendészeti” jellegű elemet is tartalmazott.<sup>284</sup> Maga a szegénygondozás, a szegénygondozásba vett egyénnel kapcsolatos speciális intézkedések, előírások a foucault-i társadalmi „normalizálás” részét is képezték.<sup>285</sup> Az új típusú társadalombiztosításnak ezzel szemben már nem volt része a jogosultak stigmatizálása. Nem az a szándéka, hogy a biztosítottakat végszükségben segítse, hanem az, hogy megelőzze a szükséghelyzetek kialakulását.<sup>286</sup>

A szociálpolitikai gondolkodás két irányvonal között választhatott. Az „angol minta” a munkásvédelem hatékony kiépítését, szigorú iparfelügyeleti rendszer, balesetvédelem, a munkaidő, a női- és gyermekmunka szabályozásának bevezetését jelenthette volna. A „német minta” a biztosítási rendszer kiépítését irányozta elő. A bismarcki szociálpolitika a kötelező baleseti és betegségi biztosítás intézményén nyugodott. Bódy Zsombor értékelése szerint a

---

<sup>282</sup> Balázs 2002, 197.

<sup>283</sup> Zimmermann 2001, 115.

<sup>284</sup> Gyáni 1999

<sup>285</sup> „(A) büntetés művészete a fegyelmező hatalmi rendszerekben nem a vezeklést, még csak nem is a szigorú értelemben vett elfojtást célozza. Őt, egymástól világosan elkülönülő műveletet tartalmaz, a tetteket, teljesítményeket, egyéni magatartásformákat egy olyan együtteshez viszonyítja, amely egyszerre hasonlítási és megkülönböztetési alap, és a követendő szabály forrása. Megkülönbözteti egymástól az egyéneket ennek az együttes szabálynak az alapján... értékítéletekkel hierarchizálja az egyének képességét, színvonalát, természetét. Ennek az értékmércének a segítségével nyomást gyakorol a hasonlóság megvalósítása érdekében. Végül meghúzza a különbözőség határát az összes többi különbségen túl, ami az abnormalitás megengedett szélső értéke... A folyamatosan működő büntetőrendszer, amely a fegyelmi intézmények minden pontján érvényesül és minden fórumát ellenőrzi, összehasonlít, megkülönböztet, hierarchizál, egységesít és kizár. Egyszóval: normalizál.” (Foucault 1990, 249-250.)

<sup>286</sup> Tomka 2003, 23.



magyar kormányzat az 1890-es évek elején mindkét modellből megvalósított elemeket: a biztosítási rendszer kiépítése a munkásbiztosítás, a vasárnapi munkaszünetről történő törvényalkotás, az ipari baleset-megelőzés szabályozása a munkásvédelem eszköztárába sorolható.<sup>287</sup> A következőkben aztán a munkásbiztosítás rendszerének kiterjesztése mellett döntöttek, ezzel egyúttal a juttatásokat a munkaviszonyhoz, annak meglétéhez kapcsolták.<sup>288</sup> Az 1891:XIV. törvény értelmében a biztosítottak 20 hétig ingyenes gyógykezelésre tarthattak igényt, ingyenes szülészeti kezelésben, valamint térítésmentes gyógyszerellátásban és gyógyászati segédeszközökben részesültek. A családtagok biztosítását a pénztárak anyagi helyzetük függvényében önkéntesen vállalhatták.<sup>289</sup>

A magyarországi 1891: XIV. törvény a kötelező betegségi biztosításról a pénztárak alakulását a leendő tagok önkéntes társulásának alapjára helyezte, ennek köszönhetően 1892-ben már 92 törvényesen elismert pénztár működött az országban. A pénztárak száma 1893-ban 150-nel, 1894-ben 90-nel, 1895-ben 48-cal, majd évi 10–20-szal növekedett – 1906-ra országszerte 97 kerületi, 102 ipartestületi, 164 vállalati, 46 magánegyesületi pénztárat írtak össze. A szétaprózottság átláthatatlansághoz, magas működési költségekhez, és végső soron életképtelenséghez vezetett.<sup>290</sup> A pénzügyi problémákkal küzdő pénztárak a lehető legolcsóbban igyekeztek megoldani a tagok orvosi ellátását. Az orvosok díjazását a lehetőség szerinti minimumra igyekeztek leszorítani – az orvosok viszont cserébe csak felületes, rossz munkát nyújtottak. A huzakodás vesztese a biztosított tagság lett.<sup>291</sup> A helyzet orvoslására a baleseti biztosítás 1907-es bevezetésével egyidejűleg átalakították a betegsegélyező pénztárak rendszerét. A módosítások a segélyezés lényegi elemeit nem érintették, viszont csak három típusú pénztár működését engedélyezték, központi ellenőrző szervként pedig létrehozták az Állami Munkásbiztosító Hivatalt.<sup>292</sup>

A betegbiztosítási rendszer kiterjedt a gyárak és vállalatok munkásaira, amennyiben napi bérük a 8 koronát (évi 2400 korona) nem haladta meg, valamint az inasokra, gyakornokokra is. Az állami intézmények, törvényhatóságok, községek, államvasutak, posta, állami gyárak

---

<sup>287</sup> Bódy 2004

<sup>288</sup> Bódy 2010, 63.

<sup>289</sup> Laczkó 1968, 51.

<sup>290</sup> A kevés biztosítottat tömörítő kis pénztárak képtelenek voltak jól képzett adminisztrációt foglalkoztatni; 1900-ban egyes vármegyékben (Árva, Hont, Szabolcs, Csík, Győr, Csongrád) a kezelési költségek a pénztárak évi pénzállományának 40–70%-át emésztették fel. (Bikkal 1934, 4–5)

<sup>291</sup> Laczkó 1968, 134–135.

<sup>292</sup> Érintetlenül hagyták a bányatárspénztárakat, rajtuk kívül pedig vállalati és kerületi pénztárakat szerveztek. A kerületi és a vállalati pénztárakat a központi pénztárként megalakított Országos Munkás Betegsegélyező és Balesetbiztosító Pénztár közvetítő szerveivé tették. A központi pénztár a bányatárspénztárak feletti felügyeleti jogot is megkapta. (Tomka 2003, 107., Laczkó 1968, 75–77)

alkalmazottai mentesültek a betegbiztosítási kötelezettség alól, ha a munkahelyükön „érvényben álló szolgálati rendtartások szerint betegség esetén illetményeik részükre a betegség kezdetétől számítva legalább húsz héten át kijárnak.” A balesetbiztosítás minden napibéres alkalmazottra kiterjedt, és némileg bővebb volt a hatálya alá eső vállalat- és munkatípusok köre is. Nem estek a balesetbiztosítási kötelezettség hatálya alá sem azonban a nyugdíjjogosultsággal bíró (havi fizetéses) tisztviselők és alkalmazottak. A kötelező biztosítás hatálya alá nem eső alkalmazottak önkéntesen csatlakozhattak, ha napibérük a 4 koronát, illetve éves bérük (lakbérrel) az 1000 koronát nem érte el. Ugyancsak önként csatlakozhattak a házi cselédek, a háziiparral foglalkozók, a segédszemélyzet nélkül dolgozó iparosok, a napszámosok, a mezőgazdasági munkások és cselédek, a javítóintézetekben vagy fegyintézetekben foglalkoztatott őrizeteseik, mindazok, akik korábban az 1891-es törvény értelmében legalább három hónapig biztosítva voltak, illetve azok, akik a kötelező balesetbiztosítás hatálya alá estek, betegségi biztosításra azonban (például a munkahely vagy a munka jellege miatt) nem voltak kötelezettek.<sup>293</sup>

A mezőgazdasági munkavállalók kötelező jelleggel csak balesetbiztosítás alá estek. Az 1900: XIV. törvény értelmében minden munkaadó a szolgálatában álló éves cselédek után fejenként évi 120 fillér biztosítási díjat volt köteles fizetni. A kötelezettek körét 1902-ben, majd 1912-ben a gazdasági gépmunkásokra is kiterjesztették.<sup>294</sup> A cselédeket betegség esetén is megillette a gyógykezelés, ez azonban nem a biztosítási rendszer keretébe ágyazódott, hanem a cselédtörvény részét képezte. A cselédek gyógykezeltetése a gazdára hárult, 30 napig ő volt köteles fedezni az orvosi és az esetleges kórházi költségeket, valamint a gyógyszerek árát is. A cselédi jogviszony, a gazda és cseléd státus kívül állt az iparosodott, modernizálódó gazdaság és társadalom új keretrendszerén – a cselédek gyógykezeltetése ennek megfelelően a hagyományos patriarchális kereteket idézte, nem illeszkedett szervesen az új szociális biztosítási és ellátási rendszerbe.

Kétségtelen, hogy miként Bódy is megállapítja, az 1891-es és a későbbi törvényekben „egy agrárállam csinált ipari szociálpolitikát”.<sup>295</sup> A törvényalkotás fontossága inkább az elvekben keresendő. A társadalmi felelősségvállalás eszméje megjelent a törvényalkotásban. Az állam a társadalmat állította a középpontba, a társadalomra ruházta rá a társadalom tagjai feletti

<sup>293</sup> *Magyar Törvénytár. 1896–1907. évi törvénycikkek.* Budapest, 1912. Franklin Társulat. 1064–1069.

<sup>294</sup> A biztosítást az 1901-ben alakult Országos Gazdasági Munkás- és Cselédpénztár látta el. A balesetet szenvedett tagokat gyógyulásukig ingyenes gyógykezelés illette meg, a pénztár megtérítette a kórházi kezelés díját és biztosította a szükséges gyógyszert és gyógyászati segédeszközt is. A pénztár 1913-tól nevet váltott, Országos Gazdasági Munkáspénztár néven folytatta működését. (Bikkal 1934, 54–55.)

<sup>295</sup> Bódy 2004, 10.



felelősséget. „Egyén és társadalom fogalompárjának a viszonya megfordult. Többé nem az egyén volt a kiindulópont, aki felelősséggel tartozik önmaga cselekedeteiért, és a felelős egyének viszonyrendszeréből állt össze a társadalom, hanem a társadalmat tekintették elsődlegesnek, amely meghatározza tagjai helyzetét, különféle veszélyeknek teszi ki őket, és ezért felelősséggel is tartozik értük...”<sup>296</sup> A felelősség a társadalomé, a szervezést már az állam végzi. A 20. század első felének fejleménye lesz, hogy az állam túllép szervező feladatkörén, és a társadalmat kiszorítva saját hatáskörébe vonja a polgárai (az állampolgár fogalmának használata fontos változást jelent a „társadalom tagja” fogalomhoz képest) élete és egészsége feletti felelősségvállalást.

1927-ben újra átalakították a betegségi és baleseti biztosítási rendszert. Létrejött az Országos Társadalombiztosító Intézet, a rendszer egyre centralizáltabbá vált.<sup>297</sup> Az OTI megalakulása nem hozott lényegi változást a biztosítottak segélyezésében. Az orvosi és kórházi kezelést a tagoknak egy évig, családtagjaiknak hat hétig térítették, a gyógyszer-, gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint az utókezelés továbbra is ingyenes maradt számukra.<sup>298</sup> A kötelezően biztosítottak köre 1919-ben a háztartási alkalmazottakkal, 1927-ben a közjegyzői, ügyvédi irodák, kiadók, szerkesztőségek alkalmazottaival bővült.<sup>299</sup> Nemzetközi viszonylatban a magyarországi rendszer kiemelkedően magas szintű szolgáltatásokra jogosította fel a biztosítottakat,<sup>300</sup> a gazdasági világválság azonban komoly csapást mért a szolgáltatások érvényesíthetőségére. A pénzügyi nehézségek miatt az állam a kórházi ápolási költségek egy részét az OTI-ról a kórházat fenntartó megyékre és városokra hárította. Azok – szintén nehéz helyzetben lévén – nem nagyon tudták, és nem is nagyon akarták teljesíteni a kórházak díjköveteléseit. A kórházak erre a helyzetre úgy reagáltak, hogy igyekeztek megszabadulni a bizonytalansági tényezővé váló biztosított betegektől. A biztosítási rendszer inogni kezdett.<sup>301</sup>

Átalakult az addigi szegényellátó rendszer is. A hitelösszegeket leszállították, a hitelt fix összegű ellátmányok formájában utalták ki az egyes intézményeknek. A kórházak a

---

<sup>296</sup> François Ewald elemzését interpretálja Bódy 2004, 7.

<sup>297</sup> Az OTI megalakulásával csak néhány biztosító intézet maradt önálló: a Posta Betegségi Biztosító Intézete, az Államvasutak BBI, a Közforgalmú Magánvasutak BBI, a Postatakarékpénztár BBI, a Dohányjövődék BBI, a Magyar Hajózási BBI, a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete (MABI), valamint a bányatárspénztárak. A köztisztviselők segélyezése az 1921-ben alapított Országos Tisztviselői Betegsegélyző Alap (OTBA) feladatköre maradt. (Laczkó 1968, 134., Bikkal 1934, 21)

<sup>298</sup> Bikkal 1934, 12–13.

<sup>299</sup> Laczkó 1968, 121.

<sup>300</sup> Tomka 2003, 86.

<sup>301</sup> Laczkó 1968, 144.

törvényben rögzített betegfelvételi kötelezettségeik ellenére rostálni kezdték a jelentkező betegeket, és hogy túl ne lépjék a rendelkezésre álló hitelkeretet, elsősorban azokat vették fel, akik biztosítani tudták az ellátási díjat. Az ingyenes ellátásra jogosultak közül egyre inkább csak azok kerülhettek kórházakba, akik állapota azt nélkülözhetetlenné tette.<sup>302</sup>

A biztosítási és szegényellátó rendszer roskadozása mellett inkább csak gesztusértékűnek tekinthető a hadirokkantak minden kórházi kezelését a nyilvános betegápolási alapra, illetve a honvédkincstárra hárító 1933-as törvényi szabályozás, valamint a külföldi állampolgárok behajthatatlan magyarországi gyógykezelési díjainak állami átvállalásáról intézkedő rendelet.<sup>303</sup> A gazdasági világválság utáni konszolidációs időszak lassú rendeződést hozott az ellátási rendszerben. A harmincas évek végére helyreállt az OTI pénzügyi helyzete, a biztosítottak és családtagjaik ellátása ismét az OTI keretei közé húzódott vissza. Az illetőségi községek által szegénynek minősítettek ellátását a közgyógyellátás terhére sikerült normalizálni. Újdonság és nagy horderejű döntés volt, hogy a közigazgatási értelemben szegénynek nem minősülő (a szegénykataszterben nem szereplő) hátrányos helyzetű nemi betegek részére az Országos Közegészségügyi Intézet saját pénzkeretéből gyógyszer-támogatást biztosított, az erre fordított összeg a negyvenes évek elején meghaladta az 50 ezer pengőt.<sup>304</sup>

### ***Iparegészségügy és munkásvédelem***

Az ipar, az ipari tevékenység egészségvédelmi, munkásvédelmi szempontú szabályozása a 19. század közepéig a liberális iparfelfogás következményeként nem merült fel az állami feladatkörök között. A munkásvédelem és az iparfelügyeleti rendszer megteremtése is az angol egészségügyi minta részét képezte. A munkásvédelem (és az iparegészségügy) legfontosabb kérdései között szerepelt a munkások balesetvédelme, a munkaidő és a foglalkoztatási feltételek szabályozása, az ipartelepek egészségügyi létesítményeinek, általános egészségügyi viszonyainak ellenőrzése és az ipari (foglalkozási) eredetű megbetegedések ügye, de ide tartozott a képzéshez kötött iparok körének meghatározása és a képzési követelmények, valamint egyes speciális iparok esetében a termékek

---

<sup>302</sup> Scholtz 1937, 375–376.

<sup>303</sup> Dávid 1942, 76.

<sup>304</sup> Domahidy 1942, 650.

minőségének szabályozása is.<sup>305</sup> Egyes szerzők továbbmentek: az iparegészségügy feladat körét az ipari népesség teljes szociális és egészségügyi helyzetének vizsgálatában, valamint a munkafolyamat egészségügyének és egészségügyi hatásainak vizsgálatában határozták meg. „Az iparegészségtannak mint tudománynak célja az ipari foglalkozásokkal kapcsolatban észlelhető, vagy azok sajátlagos volta folytán keletkező megbetegedéseknek és egészségügyi ártalmaknak, azok keletkezése socialis és egészségügyi okainak szakszerű tanulmányozása; azok megelőzése és elhárítása; új hygienikus gyártási eljárások kigondolása. Nem elégszik meg tehát a modern iparegészségtan az ipari ártalmaknak maguknak a tanulmányozásával, hanem a munkás összes élet- és munkaviszonyait vizsgálódása körébe vonja, és magát a munkafolyamatot is analysis alá veszi.”<sup>306</sup>

A magyarországi ipari tevékenység alaposabb egészségügyi és munkásvédelmi szempontú szabályozására az 1872: VIII. és az 1884:XVII. törvényben került sor. Az 1872-es törvény egységesítette az ipari rendészetet és az ipari közigazgatást: létrehozta az ellenőrző és felügyeleti jogkört gyakorló iparhatóságokat. Az 1872-es ipartörvény hatálya alá eső üzemek az 1876-os közegészségügyi törvény értelmében is az iparhatóságok felügyeleti és intézkedési jogkörében maradtak, a közegészségügyi hatóságok az ipartörvény alá nem eső ipartestületek és foglalkozások ügyében nyertek intézkedési jogot. Az 1884-es törvény megteremtette a képesítéshez kötött ipar fogalmát, egyes veszélyesnek minősülő ipartelepek (vágóhíd, vegyi üzem, gyógyszergyár) létesítését előzetesen kiadott telepengedélyhez kötötte. Munkásvédelmi szempontból a törvény néhány fontos újítást hozott: szabályozta a munkavállalás feltételeit, a munkaadó és a munkás jogait, az ipartelepek egészségügyi és biztonsági felszerelését. A törvény intézkedett a munkáslakásokról is: a munkásait lakással is ellátó munkaadó köteles volt megfelelő lakóhelyiséget biztosítani, és különös gondot kellett fordítania a lakás megfelelő egészségügyi és higiénés viszonyainak megteremtésére és fenntartására. Összeállították a veszélyesnek és egészségtelennek minősülő iparágak listáját – ezen iparágakban 16 éven aluli gyermekeket csak külön hatósági orvosi engedéllyel lehetett alkalmazni. 1891-ben az iparban és a kereskedelembe bevezették a kötelező vasárnapi munkaszünetet, valamint munkaszüneti nappá nyilvánították Szent István király ünnepét, augusztus 20-át. Szabályozták a munkaidőt is: a nappali munka kezdésének legkorábbi időpontja 5 óra, befejezésének ideje este 9 óra lehetett.

---

<sup>305</sup> Gyürky – Melly 1931, 15–16., Pályi – Szakasits é.n.

<sup>306</sup> Gortvay 1925, 722.

Az áttörést az ipari és gyári alkalmazottak balesetvédelméről és az iparfelügyelőről szóló 1893: XXVIII. törvény hozta. Az iparfelügyeleti rendszer megalkotásával az állam saját hatáskörbe vonta az ipartelepek ellenőrzését, a végrehajtást pedig az önkormányzati hatáskörben működő iparhatóságok feladatává tette. Az iparfelügyelők iparegészségügyi és balesetvédelmi szempontból vizsgálták a gyárakat – a balesetvédelmi előírások munkások általi betartását is szigorúan ellenőrizték. A munkaadó köteles volt gondoskodni a műhelyek megfelelő világításáról, szellőztetéséről és tisztán tartásáról, a veszélyes üzemekben dolgozókat védőfelszereléssel kellett ellátnia és balesetek esetére megfelelő elsősegély-nyújtó felszerelést is készenlétben kellett tartania. A közegészségügyi hatóságok a törvény értelmében továbbra sem kaptak ugyan intézkedési jogot az iparfelügyelet hatálya alá eső intézmények felett, felügyeleti jog azonban megillette őket. Az iparhatóság a feltárt hiányosságok és hibák elhárítása ügyében köteles volt azonnal intézkedni – a költségek a munkaadót terheltek.

Az első világháború végéig a munkásvédelmi és iparegészségügyi szabályozás több apróbb léptékű rendelettel is bővült. A hatósági orvosok felügyeleti jogának erősödését hozta a 117.268/1900. BM rendelet, amely félévenkénti kötelező hatósági orvosi ipartelep-vizsgálatokat írt elő. Szabályozták a kötelező üzleti zárórát a kereskedelemben, a nők éjszakai munkáltatását, a munkáslakás-építések támogatásának feltételeit, valamint egyes veszélyes iparokban a munkavállalók védelmét, megtiltották néhány egészségre súlyosan ártalmas anyag ipari termelés során történő felhasználását. Nagy jelentőségű intézkedés volt, hogy 1917-ben az Országos Munkás Betegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztár is jogot kapott az egyes ipartelepek egészségügyi és balesetvédelmi berendezésének ellenőrzésére, és hiányosságok feltárása esetén pótdíj kifizetésével büntethette a telep üzemben tartóját.<sup>307</sup>

Az ipartörvény lényegesebb módosítására az első világháborút követően 1922-ben került sor. Az 1922:XII. törvény eltiltotta a 12 éven aluliak mindennemű ipari foglalkoztatását, a 16 év alattiak munkáltatását pedig csak tanoncszerződéssel engedélyezte. Ennek a tanoncok speciális jogviszonya, illetve a tanoncok munkába állása előtt kötelezővé tett hatósági orvosi vizsgálat miatt volt jelentősége. 1928-ban az ipari munkásként alkalmazható fiatalok alsó korhatárát 18 évre emelték. A munkaidő szabályozása sokáig nem volt egységes. A 12–14 éves tanoncok legfeljebb napi 8 órát, a 14–16 évesek napi 10 órát dolgozhattak. A többi ipari munkavállaló napi munkaideje szakmák és gyárak szerint váltakozott, átlagosan napi 10 óra

---

<sup>307</sup> Az iparegészségügyi rendelkezések részletes ismertetését adja Gortvay 1925.

körül mozgott. Az ipari munkások napi 8 (heti 48) órás munkaidejéről és a munkavállalók fizetett szabadságáról csak az 1937:XXI. törvény rendelkezett.

Az ipari vagy foglalkozási jellegű megbetegedések ügye már a 19. század végén foglalkoztatta az egészségügyi és szociálpolitikai szakembereket. Először ezen a téren is az angol törvényhozás lépett: mint láthattuk, 1875-ben kötelezővé tette bizonyos mérgezések és foglalkozási betegségek bejelentését. A magyarországi intézkedések először főleg a betegségek megelőzését próbálták megcélózni. A kereskedelemügyi miniszter rendeleteiben szabályozta a veszélyes üzemeket: többek között a gyufagyártást (eltiltotta a fehér és sárga foszfor alkalmazását), az állati szőröket feldolgozó ipart, a bőrgyártást és a zsákkölcsonzó üzemeket (a munkások lépfene-fertőzésének megelőzése érdekében), a celluloid-előállító vagy feldolgozó üzemeket, a benzint használó tisztító ipartelepeket, a gyógyszergyárakat (a mérgezések elkerülése végett) és a malom- és sütőipart (a dolgozók porbelégzésének csökkentésére).<sup>308</sup>

Az 1927: XXI. törvény a társadalombiztosító intézmények feladatává tette az általános és különleges ipari megbetegedések megelőzését. Az ipari betegségeket, a higany- és ólommérgezést és a lépfenét a törvény értelmében baleset módjára kártalanították.<sup>309</sup> Az 1928:XL. törvény az Országos Társadalombiztosító Intézet gondozottainak körében egészségvédő szolgálat megszervezését rendelte el. Ennek célja „nem az egyes betegségek elleni izolált küzdelem, hanem olyan céltudatos szociálhigiénikus és szociálpolitikai tevékenység megteremtése, amely biztos alapot nyújt az OTI munkásvédelmi munkájához és a biztosított népesség kockázati veszélyének csökkentését, valamint munkaképességének megőrzését intézményesen tudja szolgálni.”<sup>310</sup> Súlyos egészségkárosító hatása volt a nyomdaiparban használt ólomnak és a más iparágakban felhasználásra kerülő egyéb nehézfémeknek. 1934-ben az OTI Ólomvizsgáló Állomást létesített, amely az ólommal foglalkozó munkások időszakos ellenőrzése mellett rendszeres üzem-ellenőrzéseket is végzett. 1940-től Foglalkozási Betegségek Vizsgáló Állomása néven folytatta működését, a nehezen észrevehető, sokáig tünetmentes mérgezések (arzén, higany, ólom) kiszűrésére pedig üzemi iparegészségügyi laboratórium is létesült. Bővült a kártalanításra jogosító ipari megbetegedések köre: ide sorolták a szilikózist, a sugárfertőzést, az ipari tevékenység

---

<sup>308</sup> Részletesen Gyürky – Melly 1931.

<sup>309</sup> Heller 1939, 14., Melly – Zuckermann 1931, 127. 1930-tól a foglalkozási betegségek elleni biztosítás a mezőgazdasági munkásokra is kiterjedt: őket lépfene, takonykór, száj- és körömfájás, veszettség, orbánc, tehénhimlő, rüh és különféle mérgezések ellen biztosították. (Melly – Zuckermann 1931, 131–132)

<sup>310</sup> Gortvay 1939b, 1–2.

következtében kialakult daganatos megbetegedést, az arzén-, foszfor- és benzolmérgezést, valamint a közelebbről meg nem határozott „egyéb mérgezéseket” is.<sup>311</sup>

A nehéz fizikai megterhelést rosszul tűrő fiatal munkások a többiekénél lényegesen hamarabb szenvedtek el súlyos egészségkárosodásokat. 1927-től a biztosításra kötelezett, 17 évnél fiatalabb egyének biztosítási viszonyba való belépésüktől számított egy éven belül két alkalommal kötelesek voltak részt venni az OTI Képességvizsgáló Állomása által szervezett képességvizsgálatokon. A vizsgálat a fiatal testi és szellemi alkalmasságára irányult, de fokozatosan a szociális háttér felmérésére, valamint általános szociális, munkaegészségügyi és higiéniai tanácsadásra is kiterjedt.<sup>312</sup> Az intézet 1941-től Munkaegészségügyi Vizsgáló Állomás néven folytatta működését. Az OTI egészségvédelmi munkája általános szociális és gyógyító tevékenységgel is bővült, feladatköre az egészségügyi propagandára, egészségügyi és rokkantsági statisztika vezetésére, a fiatalokú biztosítottak üdültetésére, orvosi pályaválasztási tanácsadásra, egészségügyi és szociális gondozásra, egészségvédelmi tanácsadásra, a tbc és a nemi betegségek elleni küzdelemre, alkoholistagondozásra, egészségügyi munkásvédelemre, a foglalkozási betegségek és a megrokkánás megelőzésére, és az egészség helyreállítását szolgáló egyéni gyógymódok alkalmazására is kiterjedt.<sup>313</sup>

---

<sup>311</sup> Heller 1939, 16.

<sup>312</sup> Jankovich 1939, 18–20.

<sup>313</sup> Gortvay 1939b, 1–10.

## A magyarországi kórházrendszer kialakulása

### *A kórházrendszer előzményei*

A középkor századaiban a kórház intézménye még nagyon messze állt mai formájától és szerepétől. Párhuzam vonható a kórház premodern szerepe és a premodern orvoslás, gyógyítás, gyógyszerhasználat között. Roy Porter meglátása szerint a premodern, „humorális gyógyászat nem várta el, hogy a gyógyszerek döntő szerepet játsszanak a gyógyításban. ... A jó gyógyszertől nem azt várták el, hogy megszüntesse a betegséget, hanem hogy purgáljon, izzasszon, vért tisztítson, hogy a természet gyógyító erejének segítségével legyen a szervezet egyensúlyának helyreállításában.”<sup>314</sup> A gyógyszer, ha túl korán adagolják – írta le a „klasszifikáló” orvosi szemléletet Foucault – kedvezőtlen hatást kelt, és meghamisítja a betegség lényegét; megakadályozza abban, hogy eljusson igazi természetéhez, és szabálytalanná torzítva a betegséget, kezelhetetlenné teszi.”<sup>315</sup> A kórház az így értelmezett kuratív orvosi tevékenységrendszerben természetesen nem lehetett a klasszikus értelemben vett gyógyítás terepe: sokkal inkább az elkülönítést szolgálta. A társadalom kitaszítottjai, a magatehetetlen szegények, az aggok, a fertőző, járványos betegségben szenvedők gyűjtőhelye volt. Az ispotály, a szegénykórház fontos mentális hatása volt, hogy a betegség köré a kitaszítottság, a megbélyegzettség képét rajzolta. A kórház legalább annyira szolgálta az elkülönítést, mint a gyógyítást. A haldokló nyomorult betegekkel teli fekvőcsarnokok víziója még a 19. század elején is riasztóan hatott: „(a) kórház, mint valami borzalom élt a nép tudatában. Olyan nagy volt a kórházaktól való idegenkedés, hogy a falusi ember nagyobb csapásnak tekintette kórházba jutását, mint magát a betegséget.”<sup>316</sup>

A kórház intézményfejlődésének következő elemeként a nyomorúság mellett az „oltalom”, a „védelem” eszméje is megjelent. A család nélküli szegény betegek mellett a fertőző betegek, valamint az összetett kezelést igénylő betegek, tehát az orvosilag indokolt esetek is kórházba kerültek. A kórház védő intézmény lett – védte az egészségeseket a betegektől, védte a betegeket a szakszerűtlen kuruzslástól, és differenciálódó funkciói, és az azoknak megfelelően

---

<sup>314</sup> Porter 2003, 122.

<sup>315</sup> Foucault 2000: 109-110.

<sup>316</sup> Gortvay 1953, 128.

alakuló belső terei révén védte a betegeket egymástól is. A kórház a nyomor otthonából a betegség „kiemelt lakhelye” lett.<sup>317</sup>

A kórházak fenntartását betegápolással foglalkozó szerzetesrendek, betegápoló lovagrendek, majd a 17. századtól mind nagyobb mértékben a városok végezték.<sup>318</sup> A kórházlétesítés és a kórházfenntartás a városi polgárság jótékonyági tevékenységének egyik központi terepe volt. Gazdagabb városi polgárok végrendeleteikben nagyobb összegeket adományoztak erre a célra, és ispotályok alapítására szánták el magukat egyes főnemesek is.<sup>319</sup> A kórházak, szegény- és betegházak (domus infirmorum) még a 18. században is jórészt csak szegénybetegek ápolását végezték, a bentlakók ellátásban valamint esetleges orvosi segítségben részesültek.

A 19. század második feléig az állam nem fordított különösebb figyelmet a betegellátás szervezésére, a kórházak kezelésére. 1848-ban Magyarországon 92 kórház működött körülbelül 3000 ágygal. 100 ágynál többel csak a pesti Szent Rókus, a budai Irgalmasrendi, valamint a pozsonyi és a szegedi városi kórház rendelkezett. A legtöbb kórház (49) községi, városi vagy megyei kezelésben volt, 31 kórházat valamely egyház vagy felekezet tartott fenn, a többit céhek, vállalatok, segélyegyletek üzemeltették.<sup>320</sup>

### ***Az állami beavatkozás kezdetei és a minősítési rendszer kialakulása***

A magyarországi kórházügy – helyesebben a szegénybeteg-ellátás – első szabályozására 1723-ban került sor, a Helytartótanács rendelete értelmében minden város és község köteles volt gondoskodni elszegényedett öregeiről és betegeiről. A később nagy jelentőségűvé váló rendeletet sokáig nem követte újabb állami beavatkozás az egészségügyben.<sup>321</sup> A szabályozás egészen a 19. század közepéig változatlan formában érvényben maradt. A szegénybeteg-

---

<sup>317</sup> Foucault 2000, 146-147.

<sup>318</sup> Hollán 1967, 12. A magyarországi kórházak hálózatának kiépítésében nagy szerep jutott az országban 1672-ben megalapított Irgalmasrendnek (Irgalmasrend név alatt Magyarországon két rendet is értenek, az Irgalmas Nővérek Rendjét, valamint az Ordo Fratres Misericordiae férfibeteg-ápoló rendjét): ők hozták létre az első gyógyszertárakat, ők foglalkoztak először az elmebetegek kezelésével, sőt a 18. században és a 19. század első felében a kormányrendeletek csaknem kizárólag az irgalmasok kórházaira bízta a járványos betegek ellátását, itt voltak ugyanis a legjobbak a kezelés és az izolálás feltételei. (Antal 1929, 396)

<sup>319</sup> Hahn 1960, 16.

<sup>320</sup> Hahn 1960, 27.

<sup>321</sup> A következő intézkedésre 1775-ben került sor, ekkor az egyes céheket kötelezték beteg és elszegényedett mestereik és családtagjaik, illetve legényeik eltartására és gyógyíttatására. (Dávid 1942, 63.)



ellátást a Bach-korszak adminisztrációja alakította át. 1851-től a szegénybetegek orvosi és kórházi költségeinek biztosítását a községek helyett az igazgatási kerületenként szervezett „országos alapokra” ruházta át, az esetleges jogtalan igénybevétel kiküszöbölésének érdekében pedig kötelezték a betegeket szegénységük „hiteles” igazolására.<sup>322</sup>

A 6382/1855 cs.k. BM rendelet kötelezte a kormányhatóságokat azon kórházak listájának összeállítására, amelyeket felszereltségük, berendezésük, felkészültségük alapján alkalmasnak ítélték a „közkórház” minősítés elnyerésére. A közkórházi jelleg megalkotása fordulatra utal az egészségügy- és kórházpolitikában. Az 1855-ös újítások értelmében az állam először avatkozott be a kórházak működésébe. A közkórházzá minősített kórházakat kötelezte férőhelyeikhez mérten minden jelentkező beteg válogatás nélküli felvételére, viszont privilégiumokban is részesítette őket. A továbbiakban csak a közkórházak formálhattak igényt a szegénybetegek ápolási költségeinek állami megtérítésére. Az állam garanciát vállalt a költségtérítésre, így a szegénybeteg-ápolási „országos alapok” esetleges kimerülése esetén sem fenyegette a kórházakat a kezelési összeg elvesztése. A közkórházi jelleggel fel nem ruházott magánkórházak csak azon betegeket tartoztak felvenni, akik részére a kórházat fenntartották – kivételt csak az életveszélyes esetek, illetve nemibeteg-osztály megléte esetén a nemi betegek képeztek. Utóbbiak kezelési költségeit az állam magára vállalta, a magánkórházak azonban egyéb költségeik állami megtérítésére nem számíthattak. A kórházügy szabályrendeletének megalkotására 1856-ban került sor. A rendelet értelmében a közkórház „valóságos beteggyógyintézet, nemcsak ápolja, helybelieket és külföldieket egyaránt fogadjon, az ápolásért állandó tápdíjat szedjen, bevételeiről és kiadásairól számadásokat vezessen, a közigazgatási hatóság felügyelete alatt álljon.”<sup>323</sup> A kórházügy szakszerűsödését jelzi, hogy ugyanebben az évben a kórházakat rendeletileg is elválasztották a szegényházak intézményétől.<sup>324</sup>

A kórházak felügyeletét 1867-ig a Helytartótanács látta el, majd a kiegyezés révén megalakult magyar királyi Belügyminisztérium vette át. Az 1876-os közegészségügyi törvény az 1856-os szabályozást átvéve érvényben hagyta a közkórházak és a magánkórházak köti különbségtételt, és az egyes kórház típusok kötelezettségeit sem változtatta meg. A közkórházakon kívül a magánkórházakat is a területileg illetékes törvényhatóság felügyelete

---

<sup>322</sup> Dávid 1942, 64.

<sup>323</sup> Dávid 1942, 66.

<sup>324</sup> Hahn 1960, 63.

alá rendelte, és részletesen szabályozta a kórházakban alkalmazható orvosi és segédszemélyzet képzettségi feltételeit és kinevezési rendjét.<sup>325</sup>

A közigazgatási kerületekkel együtt a kerületi „országos alapok” is eltűntek, a szegénybetegek ellátási feladatát a törvényhatóságok illetve a községek kapták meg. Az ápolási költségek óriási terhet jelentettek az amúgy is pénzügyi gondokkal küszködő községek számára. A helyzet összeomlással fenyegetett: 1875-ben az országgyűlés törvényi szinten volt kénytelen szabályozni a betegápolás kérdéskörét. Az 1875:III. törvény betegápolási pótdó kivetésére hatalmazta fel az egyes törvényhatóságokat, emellett jelentősen leszűkítette a közköltségen ápolható szegény betegek körét. Kimondta: a szülők a gyermekekért, a gyermekek a szülőkért, a házastársak egymásért, a cselédtartók cselédjeikért 30 napig kötelesek fizetni az ápolási díjakat. Fizetőképessé hozzátartozók hiányában az a törvényhatóság fedezte a díjakat, ahol a beteg illetőséggel bírt. Az államkincstár csak a hontalanok, a szegény nemi betegek és a szegény elmebetegek költségeit vállalta magára. A gyógyíthatatlan betegek ápolási díjait a községekre hárították.<sup>326</sup> A törvény az ipari és közlekedési alkalmazottak gyógyítási költségeivel kapcsolatban már a munkáltató térítési kötelezettségét is bevezette.<sup>327</sup>

Az állam immár törvényi szinten is megjelent a kórházak igazgatásában, de a betegápolás anyagi eszközeit decentralizáltan az egyes törvényhatóságok kezében hagyta. A szegénybetegek ellátásából következő problémákat a betegápolási pótdó kivetése sem tudta megoldani. Az illetékesség megállapítása körüli viták hosszan elnyúltak, a pénzek késtek. A rendszertelenül befolyó összegek ingataggá tették a kórházak gazdálkodását, ráadásul a területi elv alapján működő rendszer a szegényebb törvényhatóságokat egyértelműen hátrányos helyzetbe hozta a többiekkel szemben. A helyzet törvényi rendezésére 1898-ig kellett várni. Az 1898:XXI. törvény a területi elv kiküszöbölésével Országos Betegápolási Alap felállításáról intézkedett. A törvényhatóságok által kivett betegápolási pótdót országos betegápolási pótdó váltotta fel, a szegénybetegek kezelési költségeinek fizetése állami feladat lett.<sup>328</sup>

---

<sup>325</sup> *Magyar Törvénytár 1875–1876. évi törvénycikkek.* Budapest, 1896. Franklin Társulat. 6–9.

<sup>326</sup> *Magyar Törvénytár. 1875–76. évi törvénycikkek.* Budapest, 1896. Franklin Társulat. 6–9.

<sup>327</sup> A rendelkezés értelmében a nyilvános gyógy- és betegápolási, továbbá szülési esetekben felmerült költségeket, amennyiben azokat maguk az ápoltak vagyontalanságuk miatt megtéríteni nem képesek, 30 napig a gyárak, nagyobb vállalatok tulajdonosai és a vasutak igazgatósága köteles viselni alkalmazottai után. (*Magyar Törvénytár 1875–1876. évi törvénycikkek.* Budapest, 1896. Franklin Társulat. 6.)

<sup>328</sup> *Magyar Törvénytár 1896–1907. évi törvénycikkek.* Budapest, 1912. Franklin Társulat. 400–406.

A szegényügy és a kórházügy egymástól való elszakadása, a kórház modern alakjának, modern funkcióinak kialakulása természetesen a kórházi ápolási költségek terén is új kérdéseket vetett fel. A kórházakban a 19. század második felétől kezdve ugyanis az addigi kitisztított egzsztenciák helyett mind nagyobb számban jelentek meg különböző betegségekben szenvedő, de alapvetően a társadalomba integrált emberek is. A kórházi kezelések díjai természetesen tág határok között mozogtak. A kórtermek mérete és minősége a tíz–húsz ágyas nagy fekvőcsarnokoktól a kis, egyágyas elegáns szobákig szóródott, és nyilvánvalóan a kezelés, az ellátás minősége is a beteg fizetőképességének megfelelően változott.

1902-ben a belügyminisztérium megszigorította a közkórházi jelleg odaítélésének kritériumait: csak az a kórház tarthatott igényt erre a címre, amely rendelkezett nemi betegek ellátására elkülönített osztállyal. A 35000/1902. BM rendelet ugyanakkor megalkotta a nyilvánossági jelleggel felruházott magánkórház titulust: ebbe a besorolásba kerülhettek a közkórházzá nem minősített nagyobb, jobban felszerelt magánkórházak. A nyilvánossági jelleggel felruházott magánkórházak nem voltak kötelesek minden beteget felvenni, ápolási díjaikat is saját maguk határozhatták meg. Szegénybetegek ápolása esetén viszont ezek az intézmények igényt tarthattak költségeik megtérítésére az országos alapból – természetesen ez esetben a díjakat a központilag meghatározott előírásokhoz kellett igazítaniuk. A nyilvánossági jelleg nélküli magánkórházaknál sem volt érvényben a kötelező betegfelvétel, szegénybeteg ápolása esetén a kórházak nem igényelhetek költségtérítést az államkincstártól, kivéve, ha a beteg felvételét előzetesen engedélyeztették, vagy ha valakit életveszélyes állapotban szállítottak hozzájuk, ezért felvételét a kórház nem tagadhatta meg.<sup>329</sup>

### ***Kórházak a dualizmus korában***

A kiegyezés évében Magyarországon 2 országos közkórház, 28 egyéb közkórház, 2 országos tébolyda, 8 szemkórház és 4 „bujasenyvi” kórház működött összesen 4484 kórházi ágygal.<sup>330</sup>

A 19. század utolsó évtizedeiben nagy kórházépítési program vette kezdetét. A századfordulóig vidéken számos megyei, városi illetve járási kórház épült: többek között

---

<sup>329</sup> Melly–Zuckermann 1931, 184., Dávid 1942, 72., Szél 1930, 446.

<sup>330</sup> Dávid 1942, 69.

Kézdivásárhelyen, Nagyszombatban, Szentesen, Nyíregyházán, Mohácson, Szigetváron, Balassagyarmaton, Orosházán, Sümegen, Kapuváron, Siklóson és Celldömölkön. A századfordulót követően a székesfehérvári, komáromi nagy közkórház, az esztergomi, diósgyőri, sátoraljaújhelyi, hódmezővásárhelyi, marcali, zirci, kisvárdai, dorogi, sárvári, pásztói, devecseri kórházak felépülésével óriási lépésekben fejlődött a vidéki lakosság kórházi férőhelyekkel való ellátottsága.

Budapest kórházügye is nagy fejlődésnek indult. 1878-ban négy közkórház, egy országos tébolyda, több egyetemi „kóroda”, két helyőrségi kórház, két szerzetesi kórház, két hitközségi kórház, négy egyleti és társulati kórház és négy magánintézet látta el a város betegeit, a hálózat a századfordulóig további nyolc közkórházzal bővült.<sup>331</sup> 1884-ben megnyílt a Magyar Vöröskereszt Egylet Erzsébet Kórháza, 1898-ban felépült a budai Új Szent János Kórház épülete.<sup>332</sup> Fejlődött a mentésügy – igaz, egyelőre csak a fővárosban. 1887-ben megalakult a Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület; célja a „mentés és elsősegélynyújtás mindennemű balesetek alkalmával (utcákon, gyárakban, nyilvános épületekben, mulatóhelyeken és vasutakon), árvíz, mozgósítás és háború esetén (Budapest főváros határán belül)” lett.<sup>333</sup>

A kórházak felszereltsége és higiéniája azonban még mindig meglehetősen alacsony szintű volt. 1908-ban a Szent Rókus Kórház orvosai – Európában először – sztrájkba léptek, többek között lehetetlen munkakörülményeiket, a kórház rossz infrastrukturális helyzetét, rossz állapotát kifogásolva. „A kórtermek repedt fapadlósak, poloskásak voltak, csupán egy nyílt, ún. pillangós gázégő világított; a délutáni, esti és éjjeli kórtermi munkánál az ápolónő viaszgyertyával világított. A kórtermekben nem dupla, hanem egyszerű (szimpla) ablakok voltak. A kórtermekben, az orvosi szobákban mosdókat nem szereltek föl. ... A műtő ablak nélküli helyiség, berendezése egy műtőszekrényből, egy öreg Lautenschleger-féle szénfűtéses kötszer-sterilizálóból, egy faasztalra elhelyezett műszerfőzőből és primitív, melegvíz- és keverőcsap nélküli mosdóból állt. A műtőasztalok helyett ... fekhelyen operáltak. A világítást egy négyágú Auer-égős gázcsillár szolgáltatta.”<sup>334</sup>

<sup>331</sup> Hollán 1967, 92–94., Sinkovics – Sandner 1989, 12–25.

<sup>332</sup> Hantos 1981, 80., Guszman 1923, 43.

<sup>333</sup> *A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület alapszabályai*. Budapest, 1907. 4.

<sup>334</sup> Hollán 1967, 131–132.

A kórházi ágyak száma 1893 és 1900 között megduplázódott: 14285-ről 28527-re nőtt, a kórházak száma mindeközben 312-ről 395-re emelkedett. Az 1900-as adatok szerint 100 ezer lakosra országosan 148 kórházi ágy jutott.<sup>335</sup>

**6. táblázat A magyarországi kórházak mutatói 1909-ben<sup>336</sup>**

	szám	ágyszám	beteglétszám	ápolási napok
állami kórház	8	1557	15225	478724
állami és magánelmegyógyint.	7	2054	4185	906472
országos kórház	1	852	7592	364153
klinika és bábaképző	19	1630	15432	375928
nem állami közkórház	86	19065	231343	6545007
nyilv. jellegű magánkórház	49	2600	31833	776587
nem nyilv. jell. magánkórház	154	5388	34424	1145927
irgalmasrendi kórház	12	894	7994	230171
börtönkórház	76	1537	17467	345046

(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv*, 1909.)

A kórházhelyzet mindezek ellenére távolról sem volt tökéletesnek nevezhető. A Statisztikai Évkönyvek adatai szerint a közkórházak, valamint a nyilvános jellegű magánkórházak kihasználtsági foka rendszerint 100% körül volt, sőt, egyes típusok (elmegyógyintézetek, illetve az „országos” kórházak) esetében meg is haladta azt. Itt állandóak voltak a pótágyak és egyéb szükségmegoldások.<sup>337</sup> A nem nyilvános magánkórházak a lét és nemlét határán

<sup>335</sup> *Magyar Statisztikai Évkönyv*, 1900.

<sup>336</sup> A Statisztikai Évkönyv kategóriái nem fedik tökéletesen a jogi kórház-kategóriákat. A részletes forráskritikai elemzésre a későbbiekben térek ki, a Statisztikai Évkönyvek adatait tendenciák, folyamatok ábrázolására mindenestre alkalmasnak tartom.

<sup>337</sup> Az adatok természetesen a statisztika szerint rendelkezésre álló kórházi ágyakra vonatkoznak – a valóságban ennél mindig kevesebb szabad ágy van egy-egy kórházban. Az ágyak 5–10%-a soha nem elfoglalható; takarítás, fertőtlenítés, renoválás vagy más lehetséges okok következtében. A nem nyilvános jellegű magánkórházak,

mozogtak. Fizetőképes beteg hiányában gyakran időlegesen bezártak, nem működtettek állandóan minden osztályt, kórházi ágyaik jelentős része finansziális okok miatt egész évben nem állt a betegek rendelkezésére.

Súlyosbította a problémát a fertőző betegek elhelyezésének nehézsége. A századfordulót megelőzően speciális fertőzőbeteg-kórház alig üzemelt az országban. Budapesten 1892-ben nyílt meg a Szent László Kórház, amely 1894-től csak hevenyfertőző betegek ápolását végezte, 1899-ben hasonló céllal alakult a Szent Rókus Kórház fiókkórházaként a Szent Gellért Közkórház.<sup>338</sup> Bár a 90.993/1906 BM rendelet kötelezte a törvényhatóságokat különálló járványkórházak létesítésére, az előírtak megvalósítása csak nagyon nehezen haladt előre. A legsúlyosabb problémát a tuberkulotikus betegek okozták. A hevenyfertőző betegségben szenvedő ápoltakat általában igyekeztek elkülöníteni, nagy járványok (elsősorban a kolerajárványok) esetén pedig barakkokat húztak fel, illetve szükségkórházakat létesítettek. A „csendben fertőző”, idült tuberkulózisban szenvedő betegek elkülönítésére ellenben sokáig nem fordítottak különösebb figyelmet. A kórházak emiatt súlyos tbc-fertőző gócpontokká is váltak. A veszély felismerésére csak jóval a századfordulót követően került sor: az első világháború előtti utolsó békeévben, 1913-ban született meg a helyzet felszámolását célzó 42.818/1913. BM rendelet, amely a hevenyfertőző betegekhez hasonlóan elrendelte a kórházakban ápolott tbc-s betegek szigorú elkülönítését betegtársaiktól.<sup>339</sup>

### ***Az állami kórházak és finanszírozásuk a dualizmusban***

Az állami kórházak felügyeletét, irányítását a jogi meghatározás értelmében egy kormányhatóság – az első világháború végéig a Belügyminisztérium – látta el. Az állami kórház fogalmába a felügyeleti szerven túl a finanszírozás kérdése is beletartozott. Az állami kórházak a központi állami költségvetésből kapták a működésükhöz szükséges rendes és átmeneti költségeket, valamint itt különítették el az állami kórházakkal kapcsolatos

---

valamint a klinikák és bábaképzők esetében is csalóka azonban a kedvezőnek tűnő adat. A klinikák nem üzemeltek teljes kapacitással, mindig csak annyi és csak olyan beteget vettek fel, amennyi és amilyen az oktatási célokhoz szükséges volt.

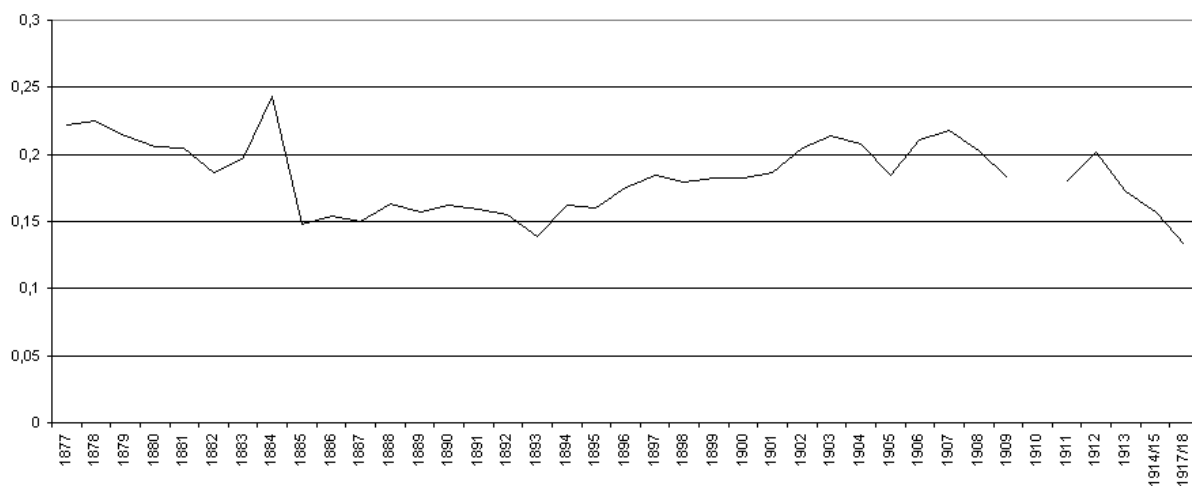
<sup>338</sup> Hollán 1967, 121–126.

<sup>339</sup> Atzél 1928, 20–22.

beruházásokra szánt pénzkeretet is.<sup>340</sup> Az első világháborúig az állami költségvetésben kaptak helyet az „országos” kórházak, a nemi betegeket gyógyító kórházak, a szem- és trachomakórházak valamint az állami elmeegógyintézetek.<sup>341</sup>

Ha megnézzük a dualizmus kori Magyarország költségvetésében a kórházakra fordított kiadások arányát, láthatjuk, hogy azok durván 0,15 és 0,25% között mozogtak. A 13. ábra grafikusán szemlélteti a kórházi kiadások arányának alakulását 1877 és 1918 között. 1877-től 1893-ig lassú visszaesés figyelhető meg, ezt csak az 1883-84. évi beruházás-emelkedés szakítja meg (az angyalföldi elmeegógyintézet kialakítása), és kisebb átmeneti emelkedést idéz elő 1888-tól a tébolydákra fordított összegek szolid növekedése is. 1894-től ellenben már tendenciózusan növekszik a kórházi kiadások részaránya. A kórházi költségek növekedésének két fontos előidézője van: fokozatosan bővül az állami kórházak hálózata – megalakulnak a szem- és trachomakórházak, a nagykállói elmeegógyintézet, valamint folyamatosan emelkedik a kórházakra fordított átmeneti kiadások (renoválás, tatarozás), és a beruházások (új kórházak létesítése, kórházbővítések, telekmegváltások) összege is.

**13. ábra Az állami kórházakra fordított kiadások az összköltségvetés %-ában (a klinikák és bábaképzők, valamint a börtönkórházak nélkül)**



(Forrás: *A magyar állam költségvetése az ... számadási évre*. Budapest, M. Kir. Áll. Nyomda)

<sup>340</sup> Az elemzést az *Állami költségvetés* évente megjelent kötetei alapján végzem, a fejezetben szereplő adatok, adatsorok esetében – amennyiben azok az éves költségvetésekből származnak – külön-külön nem hivatkozom a forrásra. (*A magyar állam költségvetése az ... számadási évre*. Budapest, M. Kir. Áll. Nyomda)

<sup>341</sup> Állami kórházaknak számítottak még a tudományegyetemi klinikák és a bábaképző-intézetek is, ezek felügyelete és finanszírozása azonban a Vallás- és Közoktatásügyi Minisztérium, illetve a tudományegyetemek hatáskörébe tartozott, valamint állami kórháznak minősültek a fegyintézetek kórházai és a m. kir. áll. Rendőrségi Kórház, ezek felügyeletét és finanszírozását az Igazságügyi Minisztérium látta el.

## ***Országos kórházak***

1876-tól a BM költségvetésében szerepeltek a Pozsonyi Országos Kórház személyi és dologi kiadásai. Utóbbiak megjelenése újdonság volt, hiszen korábban (1868-tól 1875-ig) a kórház dologi kiadásait a kórház saját külön költségvetése alapján a részére juttatott általános betegápolási bevételekből fedezte. A pozsonyi intézmény a 19. század végéig speciális helyzetben volt, ez volt az egyetlen általános gyógyászati célokat ellátó kórház, amely kiadásait az állami költségvetésből finanszírozták. A kórház számára előirányzott összegek stabilan a teljes költségvetés 0,2-0,3%-ét tették ki, ez kezdetben évi 80-100 ezer forintot, a századfordulótól évi 3-400 ezer koronát jelentett.

A rendes kiadásokon túl a kórház átmeneti kiadásait, valamint a bővítéssel, renoválással kapcsolatos beruházásait is az állami költségvetésben találhatjuk. A Belügyminisztérium 1884-től a századfordulóig összesen 139762, majd az első világháborúig további 183577 forintot költött e címszó alatt a pozsonyi intézményre. A kórház 1914-ben az újonnan alakult Pozsonyi Erzsébet Tudományegyetem klinikája lett, és kikerült a belügyminisztérium költségvetéséből és irányítása alól.

1902-ben az állam saját kezelésébe vette a korábban alapítványi intézményként működő, ám romló anyagi helyzete miatt végveszélybe került marosvásárhelyi kórházat, amely – mivel megépítését 1810-ben az erdélyi országgyűlés által elrendelt gyűjtésnek köszönhette – szintén az „országos kórház” címet viselte. Ezzel kettőre emelkedett az állam által fenntartott általános célú gyógyintézetek száma. A marosvásárhelyi kórház a pozsonyinál lényegesen kisebb tételt jelentett a költségvetésben, éves működési költségei 100-140 ezer korona között mozogtak, bár a tatározási, átépítési és bővítési munkálatokra elköltött pénzek (az átmeneti kiadások és beruházások) azért jelentősnek mondhatók: az első világháború kitöréséig eltelt 12 évben az állam összesen 136 ezer koronát költött ilyen célokra.



## *A kórházügy alakulása az első világháború után*<sup>342</sup>

Az első világháború majd a trianoni területmódosítások az ország kórházügyére is súlyos csapást mértek. A kórházállomány az első világháború éveiben elégtelenné vált, ideiglenes kórházakat, illetve a Vöröskereszt által felállított kiegészítő kórházakat kellett igénybe venni a betegek és a sebesültek elhelyezésére.<sup>343</sup> A háború után az ideiglenes kórházak felszámolásával a magyarországi kórházak a szükséges minimum-ellátást sem tudták biztosítani. A trianoni döntés értelmében számos jól felszerelt kórház a szomszédos országokhoz került. Magyarország elveszített 56 közkórházat, 33 nyilvános jellegű magánkórházat, 3 szemkórházat, elvesztette a nagyszebeni elmeegógyintézetet, a marosvásárhelyi országos kórházat, a pozsonyi és a kolozsvári (egyetemi klinikaként működő) nagy közkórházakat.<sup>344</sup> A összes gyógyintézetek száma 1921-re 183-ra, a kórházi ágyak száma 26451-re csökkent.<sup>345</sup> Változás történt az igazgatásban is: az egészségügy felügyeletét 1918-tól a Belügyminisztérium helyett a Munkaügyi és Népjóléti, 1919-ben új nevén Népegészségügyi, majd az év végétől Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium látta el.<sup>346</sup>

A kórházi állapotok a 20-as évekre sürgős megújításra szorultak.<sup>347</sup> Míg a százezer főre jutó kórházi ágyak száma Magyarországon az 1920-as évek közepén 330 és 350 között mozgott, addig ez az érték a szomszédos Ausztriában 661, Németországban 828, Svédországban 741, Belgiumban 445 volt. Nálunk rosszabb viszonyokat találhatunk ellenben Bulgáriában (123 ágy), Lengyelországban (188 ágy), Romániában (174 ágy), a Szovjetunióban (126 ágy) vagy Csehszlovákiában (267 ágy) is.<sup>348</sup>

A kórházi ágyak, illetve a kórházak túlterheltsége, a zsúfoltság egy pozitív eredményt is hozott: az elhelyezés megkönnyítése érdekében 1917-ben a budapesti Szent Rókus Kórházban

---

<sup>342</sup> A disszertáció jelen fejezete a Századvég folyóirat 2005/3. számában jelent meg önálló tanulmány formájában – néhány elemének, adatközlésének felhasználásával Kalakán László írt doktori disszertációt Budapest polgári és katonai egészségügyi viszonyainak 1920 és 1945 közötti történetéről. (Kalakán 2012)

<sup>343</sup> Borszéky 1932, 10., Hantos 1981, 85.

<sup>344</sup> A *Magyarország tiszti cím- és névtára* 1918-as kötete alapján vett adatok.

<sup>345</sup> Scholtz 1937, 375.

<sup>346</sup> Dávid 1942, 77–78.

<sup>347</sup> A kórházakkal legjobban ellátott székesfőváros kórházügyét 1926-ban így jellemezte Wenhardt János központi főigazgató: „Budapest székesfővárosnak a mai igényeknek megfelelő kórháza nincs. A közkórházak közül a Szent Rókus központi közkórház, a Kun utcai és a Régi Szent János fiókkórházak lebontásra, a Telepy utcai fiókkórház pedig beszüntetésre megérették. A Szent István közkórház és még sürgősebben a Szent László közkórház átépítendő és kiegészítendő. Az Új Szent János közkórház is kiegészítésre szorul. Nagyon sürgős új központi közkórház, két nagy új közkórház és ragályos betegek számára második közkórház építése.” Wenhardt János előadása. In Gortvay – Parassin 1927, 302.

<sup>348</sup> Szél 1930, 447.

megszervezték a Fővárosi Közkórházak Központi Ágnyilvántartóját, amely nyilvántartotta az üres ágyakat, a betegeket, orvosokat, mentőket a legközelebbi üres ággyal rendelkező kórházba irányította.<sup>349</sup> 1922-re minimális növekedés történt az ellátottságban: a kórházak száma 187-re, az ágyaké 27159-re emelkedett. A problémák ellenére a kórházak társadalmi megítélése javult. A megelőző korszakok rettenetet keltő kórház-képe eltűnt. „A kórház, amely még a múlt század hetvenes éveiben is az irtózat fogalmában (la maison de la mort) élt a közvéleményben, a 20. század elején már teljesen eltüntette homlokáról a szegényház jellegét és hatalmas egészségügyi, gazdasági, professzionális és orvostudományi jelentőséghez jutott.”<sup>350</sup>

A kórházak kihasználtsági mutatói szerint elsődlegesen az állami közkórházak kihasználtsága, de az általános kihasználtsági szint is erősen visszaesett az első világháború előttihez képest. Az okokat ismét finansziális és infrastrukturális okokban kell keresnünk. A kórházak állapota leromlott, létesítményeik elavultak, a világháborús pusztulások és a természetes amortizáció kijavítására nem álltak rendelkezésre tartalékok. Az ágyak jelentős része – becslések szerint mintegy 10%-a – továbbra is használhatatlan volt.<sup>351</sup> A kihasználatlansághoz a társadalombiztosítás hiányosságai is hozzájárultak: sokan fedezet hiányában képtelenek voltak igénybe venni a közkórházi szolgáltatásokat, a fizetőképes betegek pedig inkább a jobb szolgáltatást nyújtó magánintézményeket preferálták.

---

<sup>349</sup> Hollán 1967, 146.

<sup>350</sup> Gortvay 1938, 39.

<sup>351</sup> Wenhardt 1927, 179.

7. táblázat Kórházak kihasználtsági mutatói 1922-ben

	kihasznált á. napok	kihasznált á. napok %-ban
állami kórház	209,3	57,3
állami és magánelmegyógyint.	288,9	79,1
klinika és bábaképző	214,1	58,6
nem állami közkórház	295,1	80,8
nyilv. jellegű magánkórház	259,1	71,0
nem nyilv. jell. magánkórház	235,2	64,4
irgalmasrendi kórház	230,6	63,2
börtönkórház	296,9	81,3

(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv*, 1922.)

A nyilvánossági jelleggel felruházott magánkórházak és a közkórházak továbbra is igényelheték az államtól a szegénybetegek után járó ápolási díjak megtérítését. A rendszer azonban közel sem volt tökéletes: a szegénybetegek után felmerült ápolási díjakat csak az illetőségi községből megküldött szegénységi igazolás ellenében lehetett behajtani. A „kórházi értesítőt” a beteg születési, illetőségi és lakóhelyén is láttamoztatni kellett – a procedura gyakran évekig is elhúzódott.<sup>352</sup> 1923-ban hivatalosan is megszüntették a háború óta egyáltalán nem működő betegápolási pótdó intézményét. A szegénybeteg-ellátás költségeit egy időre az államkincstár vállalta magára, majd 1926-ban új pótdót, a nyilvános betegápolási és állandó gyermekgondozási pótdót vezettek be erre a célra.<sup>353</sup>

<sup>352</sup> Berzsenyi Zoltán kaposvári kórházigazgató hozzászólása. Gortvay–Parassin 1927, 329.

<sup>353</sup> Dávid 1942, 73–74.

## *A „második” kórházépítési program*

Az első világháborút követően az állami kórházak köre a három Magyarországon maradt elmeorvosi intézetre és a budapesti szemkórházra szűkölt le. 1919 szeptemberében a népjóléti és munkaügyi minisztérium állami kezelésbe vette az 1917-ben megkezdett, majd a háborús nehézségek miatt félkészben maradt Madarász utcai gyermekkórház ingatlanait. A korábbi tulajdonos, a székesfőváros azzal a kikötéssel engedte át a létesítményt, hogy az állam 1921-ig befejezi az építkezést, és a kórház elkészülte után nem adja tovább harmadik személynek a komplexumot, hanem továbbra is ő üzemelteti majd azt. A szerződésnek megfelelően a minisztérium meg is kezdte a beruházást,<sup>354</sup> de a létesítményt csak nem sikerült tető alá hozni. A mind nagyobb terhet és mind több problémát jelentő ingatlantól a minisztérium igyekezett megszabadulni. 1926-ban, azzal az indoklással, hogy vállalt kötelezettségét, miszerint 1921-ig befejezi az építkezést, nem teljesítette, ismét fővárosi kezelésbe adta a kórházat.<sup>355</sup>

A Madarász utcai kórház nem tartozik az állami kórházépítési program sikertörténetei közé, a továbbiakban azonban az ország kórházügye az állami támogatásoknak köszönhetően jelentős javuláson ment át. A Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium költségvetésében már az 1920/21-es évben 5 millió, 1921/22-ben 516822, 1922/23-ban pedig 300 millió koronát különítettek el „törvényhatósági és községi kórházak létesítésére”. 1923/24-ben az állam 1,5 milliárd koronát juttatott a fővárosnak az Új Szent János kórház bővítési munkálataira, ezen felül 1923/24-ben 500 millió korona, 1924/25-ben 1 millió 190 ezer aranykorona, 1925/26-ban pedig 5 milliárd papírkorona összeget különítettek el „nem állami kórházak karbahelyezésére” címszó alatt a „köz- és nyilvános jellegű kórházak kibővítésére, azok felszerelésének pótlására és a nagyobb tatarozási munkálatok költségeire indokolt esetekben adandó államsegélyek céljaira...”<sup>356</sup> A tétel a pengő bevezetését követően is megmaradt, 1926/27-től 1932/33-ig összesen 1391400 pengő került kiosztásra.

---

<sup>354</sup> *A magyar állam költségvetése az ... költségvetési évre.* Budapest. A fejezet további részében következő költségvetési adatsorok esetében értelemszerűen ismét a költségvetési köteteket használtam forrásként.

<sup>355</sup> Horváth 1997, 39–45. A kórház végül 1927-ben tudott megnyílni.

<sup>356</sup> *Indokolás a m. kir. Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium 1923/24. évi költségvetéséhez.* Budapest, 1923.

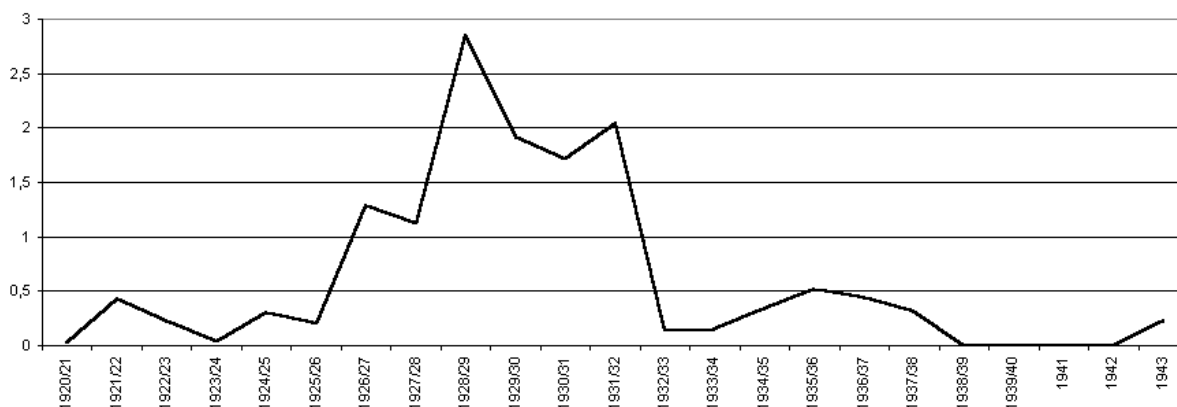
**8. táblázat „Nem állami kórházak karbahelyezésére” elkülönített összeg a NMM költségvetésében (1926/27–1932/33) (Pengő)**

1926/27	1927/28	1928/29	1929/30	1930/31	1931/32	1932/33
408 000	208 800	258 800	258 800	50 000	100 000	35 000

(Forrás: *A magyar állam költségvetése az ... számadási évre*. Budapest, M. Kir. Áll. Nyomda)

Az 1920-as évek végén az állami kórházakra jutó beruházások is jelentékenyen megemelkedtek. Míg a háború utáni években az állami kórházak fejlesztésére és bővítésére szánt összegek az állami beruházásoknak alig 0,3–0,4%-át tették ki, addig az 1920-as évek végén és az 1930-as évek elején arányuk 1,5–2% fölé nőtt.

**14. ábra Az állami kórházakra jutó beruházások aránya az összes állami beruházáson belül (%)**



(Forrás: *A magyar állam költségvetése az ... számadási évre*. Budapest, M. Kir. Áll. Nyomda)

A beruházási tételek közül először a budapesti Madarász utcai gyermekkórház építése (1925/26-ig) emelkedett ki. 1924. január 1-gyel állami kezelésbe és tulajdonba került a gyulai közkórház, 1927-től itt is jelentékeny állami beruházások kezdődtek: felépült a gyermek-elme pavilon, bővült az elmeosztály. Továbbra is kiemelt beruházási terület volt az elmegyógyintézetek bővítése és fejlesztése, 1926/27-ig elsősorban az angyalföldi intézetet, majd Lipótmezőt korszerűsítették. Lipótmezőn a 20-as évek végén hozták létre a tüdőbeteg-osztályt és a női idegosztályt. 1930-ban megkezdődtek a mátraházai tudószanatórium (a m. ki. áll. Horthy Miklós Gyógyintézet), 1931-ben a debreceni állami kórház építési munkálatai.

**9. táblázat Állami beruházások és a kórházakra szánt beruházások (Pengő)**

	1926–27	1927–28	1928–29	1929–30	1930–31	1931–32	1932–33	1933–34
kórházi beruházás	392000	392000	1451920	931000	1238000	889000	38000	45000
össz- beruházás	30492367	35048390	50933040	48697000	72137600	43439000	27857500	29111500

(Forrás: *A magyar állam költségvetése az ... számadási évre.* Budapest, Kir. M. Áll. Nyomda)

### ***A kórház-minősítési rendszer átalakulása***

1931-ben és 1932-ben a népjóléti és munkaügyi miniszter új rendeleteket adott ki a kórházak igazgatására vonatkozóan. A 6000/1931. NMM és az annak végrehajtási utasítását képező 1300/1932. NMM rendeletek értelmében a kórházalapítást továbbra is a belügyminiszternek kellett engedélyezni, az alapítási kérelemhez a kórháznak pontos műszaki leírást, tulajdonjogot igazoló iratokat, előzetes tiszti főorvosi véleményt kellett csatolni. A rendelet értelmében a gyógyintézeteket három csoportba sorolták: közkórházak, magánkórházak és gyógyintézetek, orvosi rendelőintézetek. A közkórházakra vonatkozóan az 1932-es rendelet a következőket mondta ki: „A közkórházak két csoportba tartoznak: a.) Az állami kórházak, tudományegyetemi klinikák, állami bábaképző intézetek és egyéb állami gyógyintézetek, amelyeknek kormányhatóságtól megállapított saját szervezetük van, s ehhez képest reájuk mind a betegek felvétele, mind a belső igazgatás tekintetében csak az illető kormányhatóság külön rendelkezései irányadók. b.) A közkórházi jelleggel felruházott intézetek.” Az állami kórházakat a rendelet értelmében minden külön eljárás nélkül közkórházaknak kellett tekinteni, a nem állami kórházak esetében viszont komoly feltételekhez kötötték a minősítés megadását. „A közkórházi jelleg kellékének elbírálása szempontjából az intézet fenntartójának személye (természetes vagy jogi személy, hatóság) közömbös. Közkórházi jelleg csak olyan kórházaknak adható meg, amely erre a rendeltetésre terjedelménél, nevezetesen a férőhelyek számánál, orvosi ellátásánál és felszerelésénél fogva alkalmasnak bizonyul. Olyan intézeteket, amelyek általános beteggyógyításra szolgálnak, csak abban az

esetben lehet közkórházi jelleggel felruházni, ha külön belgyógyászati, sebészeti, szülészeti és bujakóros osztállyal, elmebetegek ideiglenes elhelyezésére legalább két cellával és a fertőző betegek az intézet összes férőhelyei legalább 10%-ának megfelelő elkülönített osztállyal rendelkeznek.”<sup>357</sup>

A rendelet értelmében a közkórházak a közös kórtermi (legalacsonyabb) ápolási költségeket közadók módjára hajthatták be. A közadók módjára történő behajtás közigazgatási eljárási utat jelentett, ezzel a közkórházak követeléseik biztosabb megtérülésére számíthattak. A közkórházak ápolási költségeit a felügyelő hatóság állapította meg. A közkórházakkal ellentétben a magánkórházak maguk szabhatták meg ápolási költségeiket, a köztük és a betegek között felmerülő vitás ügyek rendezését, a költségek behajtását azonban továbbra is csak a magánjog szabályai szerint, hosszadalmas és bizonytalan polgári peres úton érvényesíthették.<sup>358</sup> A rendelet a nyilvános jellegű magánkórház kategóriát már nem alkalmazta: a közkórházi követelményeknek megfelelő korábbi nyilvános jelleggel felruházott magánkórházak ezzel a közkórházak sorába emelkedtek.

A második kórházépítési program már a 30-as évek elejére szép eredményeket produkált: a százezer főre jutó kórházi ágyak száma az 1920-as 330-ról 1934-re 500-ra emelkedett, a kórházak száma 183-ról 278-ra nőtt.<sup>359</sup> Új kórház létesült Berettyóújfaluban, Ceglédén, Mátészalkán, Kiskunhalason, Kaposváron, Veszprémben, Makón, Balassagyarmaton, Nyíregyházán, Kalocsán, Mohácson, Szikszón. Újjáépítették és kibővítették Szombathely, Szekszárd, Nagykanizsa, Kecskemét, Békéscsaba közkórházát, valamint – mint már szót ejtettünk róla – a budai Új Szent János Kórházat.<sup>360</sup> A biztosítóintézetek is mind nagyobb mértékben bekapcsolódtak a kórházlétesítésbe: az 1930-as évek elején a betegségi biztosító intézetek és a bányatárspénztárak már 18 kórházban 2452 kórházi ágygal, 6 járványkórházban 196 ágygal, 8 szanatóriummal és számos egyéb egészségügyi intézménnyel rendelkeztek.<sup>361</sup>

---

<sup>357</sup> *Közigazgatási jogszabályok gyűjteménye*. Budapest, 1932. 1210.

<sup>358</sup> Atzél 1939, 387.

<sup>359</sup> 1926-ban a mentésügy is új lendületet kapott, megalakult a Városok és Vármegyék Mentőegyesülete, amely működése első tíz évében országsszerte 70 mentőállomást szervezett. (Hahn 1960, 125.) A mentőállomások mellett gyors ütemben épült az országúti elsősegélynyújtó helyek hálózata is: 1940-ben már 928 segélyhely működött. 1937-ben megalakult a légi mentő-, elsősegélynyújtó és betegszállító szolgálat. (Hantos 1981, 104–105.)

<sup>360</sup> Dréhr 1929, 27.

<sup>361</sup> Bikkal 1934, 25.

**10. táblázat Magyarországi kórházak száma kórháztypusok szerint**

	1922	1927	1932
állami kórház	6	10	14
állami és magánelmegyógyint.	5	6	6
klinika és bábaképző	21	34	33
nem állami közkórház	39	37	40
nyilv. jellegű magánkórház	19	33	35
nem nyilv. jell. magánkórház	64	64	86
irgalmasrendi kórház	5	4	5
börtönkórház	28	28	25

(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv*, 1922–32)

A kórházépítési program a kórházak felújítására, felszereltségük javítására is nagy gondot fordított. A századelő lehangoló kórházi állapotai a húszas évek végére, a harmincas évek elejére ígéretesen feljavultak.<sup>362</sup> Megjelentek a speciális kezeléseket nyújtó, illetve a gyógyellátást javító speciális intézetek, intézmények is. 1935-ben létrejött Budapesten az Eötvös Loránd Radium és Röntgen Intézet, a Madarász utcai kórház sebészeti osztályán ugyanebben az évben véradó központot szerveztek.<sup>363</sup>

A kórházhálózat bővülése persze nem jelentett mindenhol egyforma mértékű javulást az állapotokban. 1937-ben az összes kórházi ágyak 46,7%-a Budapesten koncentrálódott – ezek egyharmadát vidéki betegek voltak kénytelenek igénybe venni.<sup>364</sup> Egy-egy kórház működési köre országos átlagban 25–50 km-t tett ki, de voltak ennél sokkal rosszabb helyzetű vidékek

<sup>362</sup> „A kórház összes kórtermei, a társalgók, fürdőszobák és mellékhelyiségek mind a legmodernebbül épültek. A kórtermek magassága 4,55 m. A kórtermek előtt széles, fűthető folyosók, azonban minden egyes kórteremből közvetlenül juthat a beteg a closettak és fürdőszobákhoz anélkül, hogy a folyosóra kellene mennie. A főépülettől elkülönítve, hátul az udvarban van egy félemeletes melléképület, ebben van a bonczterem és a hullakamra. A mosókonyha teljesen a modern igényeknek megfelelőleg gépüzemre van berendezve s alacsony nyomású gőzzel dolgozik. A fertőtlenítés céljára két külön helyiség áll rendelkezésre.” – tudjuk meg a budapesti irgalmasrendi kórházról. Antal 1929, 467.

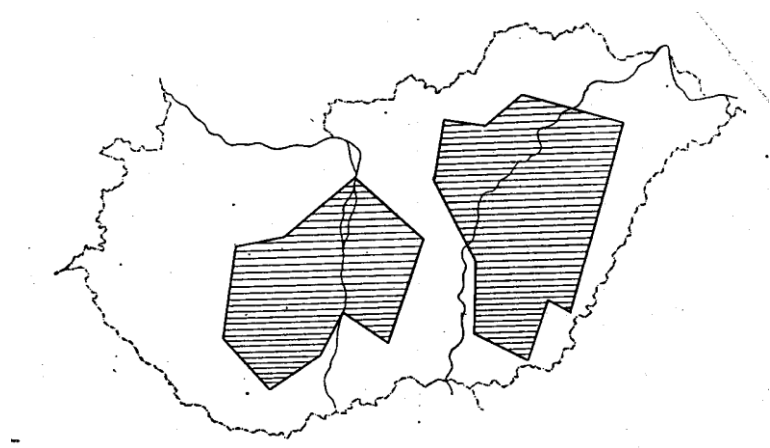
<sup>363</sup> A műtétekhez szükséges vért eddig jobbára orvosoktól, mütösöktől, betegszállítóktól, konyhai dolgozóktól kapták. Hollán 1967, 183–187.

<sup>364</sup> Mészáros 1937, 263.



is. A kórházak túlnyomó többsége a határok menti széles sávra esett. Az ország közepén: a Duna-Tisza-közén, a Mezőföldön, valamint a Tiszántúl középső részén és az Északi-középhegység déli lábainál hatalmas üres foltok – kórházzal nem, vagy alig ellátott területek helyezkedtek el.

**15. ábra Kórházhiányos területek az ország középső részén**



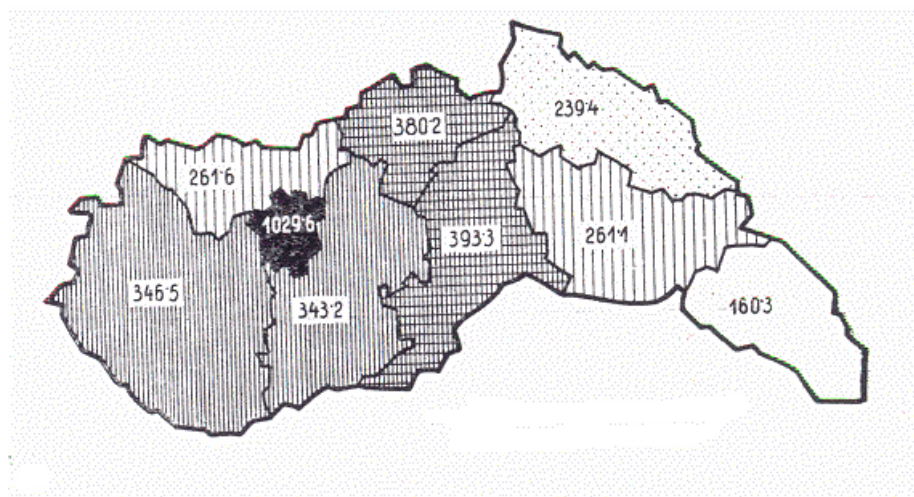
(Forrás: Nagy 1937, 141.)

A falusi, különösképpen pedig a tanyákon élő lakosság kórházi kezelésének esélyei egészen minimálisak voltak. A százezer főre jutó kórházi ágyak száma országosan 500 körül volt, vidéken azonban a 250-et érte csak el.<sup>365</sup> Nagyok voltak a regionális különbségek: a főváros messze kiemelkedett a százezer főre jutó ágyak tekintetében, rendkívül alacsony volt viszont a visszacsatolt keleti és északnyugati területek ellátottsága. Főleg a vidéki kórházakban okozott problémákat a nemi betegek ápolása. Szakképzett főorvos vezetése alatt álló nemibeteg-osztály alig volt, a közkórházi jelleg megítéléséhez szükséges ágyak pedig gyakran csak papíron álltak nemi betegek rendelkezésére.<sup>366</sup>

<sup>365</sup> Nagy 1937, 140–143.

<sup>366</sup> Somogyi Zsigmond hozzászólása. In Gortvay–Parassin 1927, 330.

16. ábra Százezer főre jutó kórházi ágyak száma 1940-ben régióként



(Forrás: Scholtz 1942, 80)

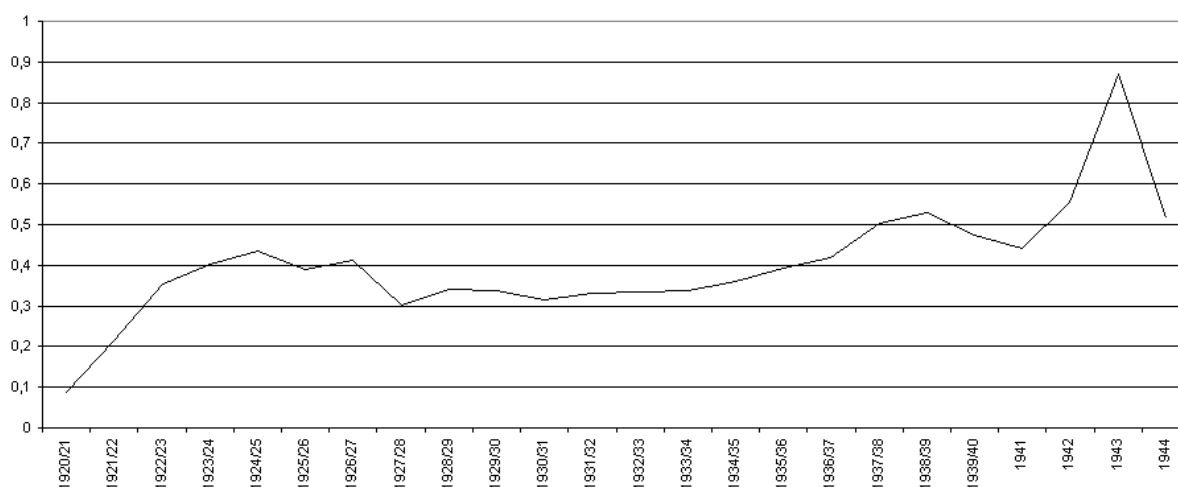
Az 1930-as évek végére a kórházak szerepével kapcsolatban egyre több új igény is felmerült. Jelentősen nőtt a kórházakban a járóbeteg-rendelés, a kórházak bevonódtak az egyre jobban kiépülő preventív egészségügy tevékenységszerkezetébe és intézményrendszerébe is. Megnövekedett a speciális feladatkörű szakkórházak száma. „A kórházak elsőrendű feladata mindenkor a gyógyítás lesz. Berendezésükben tehát úgy a személyzet, mint pedig a felszerelés tekintetében ennek a feladatkörnek legtökéletesebb betöltésére kell törekedniök. De kétségtelen, hogy parancsolólag bele kell illeszkedniök az általános közegészségügyi feladatok munkakörébe, részt kell venniök a megelőzés munkájában, a hozzájuk tartozó vidékek asszanálásában. Továbbá feladatuk lehet a gyógyításnak a kórház falain kívül való kiterjesztése is, ami nem csak a bejáró betegrendelésben és az utókezelések e formában való nyújtásában kell, hogy jelentkezzen, hanem a nem feltétlenül, vagy más nem feltétlenül kórházi ápolást igénylő betegeknek otthonukban való orvosi és ápolási ellátásában is fog állni.”<sup>367</sup>

Az 1932/33-as költségvetési évvel a nagy kórházi beruházások időszaka lezárult, a beruházási keret drasztikusan lecsökkent. 1934-től ismét kis emelkedést tapasztalunk, a harmincas évek közepén évi 90-140 ezer pengőt fordítanak az állami kórházak bővítésére és fejlesztésére, 1938/39-ben azután egy időre eltűnnek a költségvetésből a kórházi beruházások. Mindezzel együtt az állami kórházakra fordított összes költségvetési kiadásban nem tapasztalhatunk

<sup>367</sup> Dávid 1940, 158.

jelentős változást. A 20-as évek közepének nagy hulláma után megfigyelhető ugyan némi visszaesés, de a kórházi kiadások stabilan az összköltségvetés 0,3-0,4%-a körül maradtak, sőt arányuk a harmincas évek második felében előbb lassú, majd viszonylag gyors emelkedésnek indult.

**17. ábra** Az állami kórházakra jutó kiadások az összköltségvetés %-ában (a klinikák és bábaképzők, valamint a börtönkórházak nélkül)



(Forrás: *A magyar állam költségvetése az ... számadási évre*. Budapest, M. Kir. Áll. Nyomda)

Az állami kezelésű kórházak száma 1939-ig nem nőtt számottevő mértékben.<sup>368</sup> Változást a terület-visszacsatolások megindulása hozott. A szomszédos országoktól Magyarországhoz visszakerült területek közegészségügyének fejlesztését a magyar kormány kiemelt feladatának tekintette. 1939-től 11, 1942-től újabb 22 kórház jelent meg az állami költségvetésből finanszírozandó intézmények között – valamennyi a visszacsatolt területeken helyezkedett el. A költségvetésben 1941-ben 1 millió pengős kórház-tatarozási tételt különítettek el átmeneti kiadásként, majd a következő évben ugyanez az összeg a beruházási keret részévé vált. A 17. ábrán is láthatjuk, hogy 1941 után az állami kórházakra szánt kiadások aránya ugrásszerűen megnövekedett.<sup>369</sup> Az 1940:VI. törvénycikk öt éven belül a kórházi ágyak 1000–1200-zal történő szaporítását tervezte. Az Országos Közegészségügyi tanács közreműködésével nagyszabású új kórházépítési programot dolgoztak ki. A program keretében mintegy 8000 új

<sup>368</sup> A külön említetteken kívül még a mátraházi tüdőbeteg gondozó intézet tartozott közéjük.

<sup>369</sup> *A magyar állam költségvetése az ... költségvetési évre*. Budapest, M. Kir. Áll. Nyomda.

ágy létesítését tervezték. „Elsősorban a visszatért területeken kell új kórházi ágyakról gondoskodnunk, másrészt az itt talált igen rossz állapotban lévő kórházakat kell rendbeszednünk.” – jelentette ki Keresztes-Fischer Ferenc belügyminiszter a VII. Közigazgatási Továbbképző Tanfolyam nyitóelőadásában.<sup>370</sup>

A Magyar Kórhákszövetség a betegellátó intézetektől 1940-től *Évi jelentések* beküldését kérte, amelyben azok kötelesek voltak beszámolni intézményük esetleges speciális profiljáról, működési és infrastrukturális adataikról. A jelentések alapján a szövetség a kórházakat kilenc típusba csoportosította.<sup>371</sup>

**11. táblázat Kórház típusok főbb adatai 1941-ben**

	szám	ágyszám	kihasználtság %
klinikák	48	4692	81
közkórházak	108	34297	70
szakkórházak	43	7486	83
katonakórházak	27	5839	n.a.
különkórházak	30	4086	75
magánkórházak	30	2753	72
magángyógyintézetek	123	2483	60
betegotthonkórházak	59	4866	74
gyógyházak	20	1923	76

(Forrás: Ráth 1943, 312–313)

A kihasználtsági fok tekintetében a szakkórházak és a klinikák emelkednek ki a sorból. A szakkórházak zsúfoltságáért az elme- és ideggyógyintézetek és a tüdőbeteggondozó intézetek voltak felelősek. A klinikák második helye nehezebben tisztázható. Mivel ilyen zsúfoltsági

<sup>370</sup> Keresztes-Fischer 1942, 18.

<sup>371</sup> Ráth 1943, 312–314.

fok mellett a klinikák megfelelő színvonalú üzemeltetése lehetetlen lett volna, időnként elvben üzemén kívül helyezett ágyakat is be kellett vonniuk a betegellátásba. A magánkórházak alacsony kihasználtsága a romló gazdasági helyzet miatt csökkenő fizető- és költsékezésre képes réteg gyengeségét jelzi.<sup>372</sup>

### *Az elmebetegek ápolása*

Az elmebetegség a modern orvostudomány lassú kialakulásával jelentkezett egészségügyi kérdésként. A modern pszichiátriai gondolkodás kialakulását megelőzően az elmebetegség elsődlegesen közbiztonsági kérdés volt – az elmebetegügy elsődleges célja az ön- és közveszélyes elemek társadalomtól való távoltartása, izolálása volt. Ennek megfelelően a gyógyítás háttérbe szorult, a zárt elmeintézetek, a „tébolydák” a büntető intézetek jellegzetességeit vonultatták fel; a társadalom ide „vetette ki” a rá nézve veszélyes vagy terhes elemeket.

Elmebetegek ápolásával először az Irgalmasrend foglalkozott Magyarországon. 1783-ban II. József rendeleti úton az irgalmasok kórházaiba utalta az addig „bolondházakban”, szegényházakban, börtönökben elzárt cellákban őrzött elmebetegeket.<sup>373</sup> A 19. század elején az elmebetegügy a művelt közvélemény érdeklődésének középpontjába került. 1835-ben a kolozsvári Karolina Kórházban 35 ágyas elmeosztály létesült, amely már a betegek esetleges gyógyítását is tervbe vette.<sup>374</sup> Az első modern értelemben vett elmeintézet 1841-ben létesült Budapesten, alapítója Pólya József volt. Az intézet 10 beteg elhelyezésére volt alkalmas, de anyagi gondok miatt egy évi működés után megszűnt.<sup>375</sup> 1861-ben elmebetegeket is ápoló idegosztály nyílt a pesti Szent Rókus kórházban, 1860-ban zárt elmeosztály létesült Miskolcon, kibővült és átalakult a budai irgalmasrendi kórház elmeosztálya.<sup>376</sup> A kórházi elmeosztályok legfőbb problémája a szakszerű pszichiátriai kezelés, az elmebeteg-gondozáshoz értő szakorvosi kar hiánya volt. Az osztályok „betegraktár”-ként funkcionáltak, modern terápiás gyógykezelésre nem voltak alkalmasak.<sup>377</sup> Az elmebetegek „kezeléséről”

---

<sup>372</sup> Ráth 1943, 312–314.

<sup>373</sup> Antal 1929, 397.

<sup>374</sup> Gortvay 1953, 133.

<sup>375</sup> Lafferton 2003, 51.

<sup>376</sup> Pándy 1905, 371–372.

<sup>377</sup> Ráth 1927, 1368.

alkotott képhez érdemes az egyik bécsi elmeintézetben az ápolók által 1865-ben lényegében agyonvert Semmelweis Ignácra gondolnunk.<sup>378</sup>

A kórházak ugyan elvben 1821 óta kötelesek voltak kimutatást végezni elmebetegeikről, összegző statisztikák azonban először csak a 19. század második felében láttak napvilágot. 1866-ban eszerint 1830 elmebeteget ápoltak a különböző intézmények, a legtöbbet, 156-ot a sátorlajújhelyi magánintézet, valamint a miskolci és a pozsonyi közkórház (55-öt illetve 51-et). Az 1830 betegből „örjögő” 114, „búskomor” 116, „őrült” 238, „zavarodott” 339, „bárgyú” 542 és „nehézkóros” 263. Ugyanekkor megkísérelték a „cretinek” vagy „hülyék” összeírását is, 61 községben 222-t találtak, de már az összeírást végzők is problémaként élték meg, hogy a „cretin”-ségre (szellemi fogyatékoságra) vonatkozóan semmiféle irányadó meghatározást nem kaptak.<sup>379</sup> Az 1866-os összegzést hamarosan újabbak követték, a 19. század végétől kezdve a népszámlálások is kitértek az „elmebetegek és hülyék” létszámára.

A 19. század második felében és a századfordulót követő években használt kategorizáció nehezen vagy nem egyértelműen ültethető át a modern pszichiátria fogalmi rendszerébe. A magánelmeintézetként működő budai Schwartzter-Klinika a 19. század második felében a „komorkór” (melankólia), „dühösség” (mánia), „egyes téboly” (monománia), „tébolyodottság” (paranoia), „butaság” (dementia) megnevezéseket használta. A Schwartzter-féle felosztástól részben eltértek a Lipótmezői Elmeógyógyintézet kimutatásaiban szereplő nevek, itt gyakori például az „őrültség” kifejezés.

Az epilepsziát Moravcsik Ernő munkássága nyomán kezdték külön betegségtípusként kezelni, akárcsak a „hisztériás” elmebajt (psychosis hysterica). A paralysis progressiva külön betegsékként való diagnosztizálása az 1860-as évek közepétől bukkant fel.<sup>380</sup>

1863-ban megnyitotta kapuit a Nagyszebeni Elmeógyógyintézet, majd öt évvel később a Lipótmezői Elmeógyógyintézet. A kórházi zártosztályok tarthatatlan helyzete miatt egyre erősödött az az orvosi felfogás, miszerint lehetőleg minden elmebeteget zárt elmeintézetben kell elhelyezni. Az egyes országok elmebetegügyének fejlettségét a kortárs szakemberek az intézetben kezelt betegek százalékos aránya alapján állapították meg.<sup>381</sup> A lipótmezői intézetet rohamosan bővítették. Átlagos napi betegszáma 1869-ben még csak 264, 1870-ben 439, 1880-ban 578, 1900-ban pedig már 1030 fő volt.<sup>382</sup>

---

<sup>378</sup> Benedek 1967

<sup>379</sup> Pándy 1905: 365–369.

<sup>380</sup> Lafferton 2003: 194–197.

<sup>381</sup> Fabinyi 1928, 367.

<sup>382</sup> Lafferton 2003, 174.

Az 1876:XIV. törvény értelmében az elmebetegek zárt intézeti elhelyezésének előfeltétele közhivatali orvosi bizonyítvány kiállítása volt. Zárt intézetben a rendelkezések szerint csak ön- és közveszélyes elemeket helyezhettek el. Téboldyában illetve zárt kórházi osztályon elhelyezett betegek ellátási költségeit az állam vállalta magára. A veszélyesnek nem minősített elemek eltartásáról – fizetőképes hozzátartozók hiányában – a község volt köteles gondoskodni. Az elmebeteget betegségének megállapítása után a legrövidebb úton, vasút vagy hajó igénybevétele esetén a legolcsóbb osztályon lehetőleg a legközelebbi kórházba vagy intézetbe kellett szállítani.<sup>383</sup>

Az elmeegógyintézeti kiadások (a téboldyák ügye) külön költségvetési tételként jelentkeztek a belügyminisztérium költségvetésében. Arányukat tekintve a 19. század 80-as és 90-es éveiben az egészségügyi intézmények közül a téboldyák rendelkeztek a legmagasabb költségvetési kerettel, az egészségügyi intézményekre szánt összkiadások mintegy 75%-át a téboldyai kiadások tették ki. Az elmebeteg-gondozás szakszerűségének kívánalma, a betegek elmeegógyintézetben történő elhelyezésének igénye a téboldyák gyors túlszűföldéséhez vezetett, a hálózat bővítése a 80-as évek elejére elengedhetlenné vált. Az 1883:XVI. törvénycikk a „gyógyíthatatlan közveszélyes elmebetegek” számára új ápoloda kialakítására szavazott meg beruházási póthitelt.<sup>384</sup> Az ekkor kialakított Angyalföldi Elmeegógyintézettel az állami fenntartású téboldyák száma háromra emelkedett.<sup>385</sup>

Az angyalföldi intézet felszerelésére szánt 23218 forintos póthitelt és az 1884-es évben ugyanilyen célra elkülönített 50073 forintos beruházást egy ideig nem követte jelentősebb beruházási célú kiadás az elmeegógyintézetekkel kapcsolatosan. Az elmeintézetekre fordított beruházások a 90-es évek elején jelentek meg ismét, ekkor a kezdődtek meg a nagyszebeni, lipóttmezei és angyalföldi intézetek korszerűsítési, átépítési munkálatai. A folyamatosan növekvő betegforgalom ugyanakkor továbbra is erősen feszegette a téboldyák befogadóképességét. 1895-ben Nagykállón a volt megyeháza épületéből újabb elmeegógyintézetet alakítottak ki. A nagykállói intézettől a meglévők tehermentesítését, és az ekkor már erős Budapest-centrikusság enyhítését várták. Az 1890-es évektől komoly fejlesztések zajlottak le az elmeegógyintézetekben. 1891-től a századfordulóig 2087411 forintot, 1900-tól az első világháború kitöréséig pedig közel kétfélmillió koronát költöttek

---

<sup>383</sup> Csekey 1936, 461–462.

<sup>384</sup> *Magyar Törvénytár. 1882-1883. évi törvények.* Budapest, 1896. Franklin Társulat. 229.

<sup>385</sup> Az elmeintézeti ellátás rendszerét két budapesti magánintézet, a Ringer- és a Schwartzer-féle elmeszanatórium egészítette ki.

átmeneti kiadás és beruházás címén az intézmények felszerelésének korszerűsítésére, az ingatlanok bővítésére, az épületek tatarozására és átalakítására.

A családi (heterofamiliáris) elmebeteg-ápolás mintája a belgiumi Geel városából származik. A búcsújáróhelyként ismert településre távoli vidékekről hordták családtagjaik az elmebetegeket, azok csodás felgyógyulásában bízva. A város lakói egy idő után elvállalták a hosszabb időre ott maradó elmebetegek ápolását, befogadták őket családjukba, ellátták őket, cserébe különféle hasznos házi és ház körüli munkákat végeztek velük. A geeli kolónia működésébe az állam csak az 1860-as években kezdett beavatkozni, központi elmebeteg-gondozót létesítettek, de a telep eredeti jellegét nem változtatták meg.<sup>386</sup>

A geeli elmebetegtelep mintáját több ország (Hollandia, Amerikai Egyesült Államok, Németország) is átvette. Magyarországon a 20. század első éveiben honosodott meg a rendszer Konrád Jenő és Sándor János belügyi államtitkár erőfeszítéseinek köszönhetően. Az első magyarországi telepet 1906-ban Dicsőszentmártonban hozták létre. Az ápolási feladatokat a falu kiválasztott családjai látták el. Tevékenységükért az államtól ápolási díjban részesültek. A település lakóinak gazdasági helyzetét nagyban fellendítette az új munkalehetőség: alig tíz évvel az elmebeteg-ápolás meghonosodása után a faluba bevezethették a földgázt, cseréptetőre cserélhették a szalmafedeleket, lepadlóztathatták a házak szobáit. A település megindulhatott a modernizálódás útján.<sup>387</sup> 1907-ben Balassagyarmaton és három közeli településen (Örhalmon, Hugyagon és Ipolyvarbón) létesült elmebetegtelep. A városi lakosság kezdeti ellenkezése után itt is lelkesé váltak az emberek: a betegeket sikerült beilleszteni a települések mindennapi életébe, a nők takarítani jártak, a férfiak napszámmunkákat végeztek, sokszor még gyermekfelügyeletet is elláttak. Az első világháború kitörésekor már 340 beteget ápoltak a családoknál.<sup>388</sup>

Az első világháborúig a fentiekén kívül a Nagyszeben melletti Nagydisznódon, Baján, Nyitrán és Sátoraljaújhelyen is kialakítottak heterofamiliáris telepeket. 1914 előtt körülbelül 1700 elmebeteget kezeltek ilyen módon.<sup>389</sup> A háború alatt a rendszer fenntartása rendkívül nehezzé vált. A hátszágbeli lakosság ellátási nehézségei, a romló gazdasági körülmények nem nagyon tették lehetővé az otthon maradtaknak, hogy nem a családhoz tartozó személyek napi szükségleteit is kielégítsék.

---

<sup>386</sup> Chyzer – Niedermann 1897, 53–56.

<sup>387</sup> Zsakó 1928, 942–943.

<sup>388</sup> Mandel 1928, 1358–61.

<sup>389</sup> Fabinyi 1928, 368–369.



Az 1920-as években Magyarországon mintegy 7000–7500 kórházi ágy állt az elmebetegek rendelkezésére.<sup>390</sup> Legnagyobb intézmény az 1200 ágyasra bővült lipótmezei intézet volt, Angyalföldön mintegy 600 ágyon, Nagyállón pedig 270 ágyon helyezhették el a beutaltakat.<sup>391</sup> Az 1920-as évek végére több mint 8000 elmebeteget ápoltak a zárt elmeintézetekben. Az elmebetegeken kívül intézeti ápolásban körülbelül évi 5700 értelmi fogyatékos beteg is részesült; 65%-ukat állami elmeintézetben, 5%-ukat magánintézetben, a többit kórházi zárt elmeosztályon látták el.<sup>392</sup> Az elmeintézetekben és néhány elmeosztályon egyre nagyobb sikerrel alkalmazták a 19. század végén bevezetett munkaterápiát. Lipótmezőn a férfiak 40%-a dolgozott, számukra intézeti műhelyeket és sertéstelepet alakítottak ki. Angyalföldön néhány holdas kert megművelésével foglalkoztak a bentlakók, Nagyálló egészen nagy méretű mezőgazdasági üzemmel rendelkezett. A betegeket ipari üzemek hiányában intézeti munkákkal is megbízták: kisebb karbantartási munkákat, takarítást bíztak rájuk.<sup>393</sup>

Az első világháború után vált kérdéssé a nem elmebeteg, de idegbetegségben szenvedő, például neurotikus páciensek kezelése. Egyre erősödött az a törekvés, hogy az elmeógyógyintézetek zártságán enyhítve az ott folyó kezelést a kevésbé súlyos mentális problémákkal küzdő emberekre is kiterjesszék. 1924-ben az elmeintézetek nevét ugyan rendeletileg elme- és ideggyógyintézetre változtatták, de az intézményeken lévő stigmát ezzel még nem sikerült eltüntetni. A megoldás csakis az elmeintézetek kórházasításának folyamata, a karcerszervezet-jelleg megszüntetése lehetett: „a gyakorló elmeorvosoknak és a gyakorlati élet számára épült intézményeinknek első és legfőbb kötelessége a gyógykezelés, ami ezeket már magában véve is a gyógyító intézetek, a kórházak sorába iktatja.”<sup>394</sup> Az 1932-es párizsi, majd az 1933-as wüzburgi pszichiátriai kongresszus is a nyílt kórházi osztályok létesítésének megvitatását tűzte zászlajára.<sup>395</sup> 1925-ben a lipótmezei elmeintézet mellett Tanácsadó Állomást szerveztek, nyilvános preventív tanácsadás, valamint szociális és preventív gondozás céljából. Az állomással kapcsolatban Ideg- és Léleggondozót is alakítottak, amely intézeten kívüli gondozást végzett idegbetegek és zárt intézetből elbocsátottak körében. 1931. március 5-én megnyitotta kapuit a Hárshgyi Magyar Kir. Állami Ideggyógyintézet. Az első csonka évben az intézet 185 beteget kezelt, nagy eredményként tarthatták számon azt a tényt,

<sup>390</sup> A három állami elmeintézet mellett 4 magánintézet, 12 törvényhatósági elmeosztály, 4 egyetemi klinika és a budapesti igazságügyi megfigyelő intézet fogadott elmebetegeket. (Fabinyi 1928, 374.)

<sup>391</sup> Melly – Zuckermann 1931, 161.

<sup>392</sup> Szél 1930, 248.

<sup>393</sup> Pándy 1927, 1421–22., Nyíró 1929, 398., Fabinyi 1930, 1047–48.

<sup>394</sup> Szecsődy 1932, 115.

<sup>395</sup> Orbán 1934, 852.

hogy a betegek 30%-a önként kereste fel őket panaszával. 1932-ben a betegek száma 363-ra, 1933-ban 400-ra, 1934-ben pedig 523-ra emelkedett.<sup>396</sup> Az intézet utókezelés céljából átvette a vele kapcsolatos lipótmezei elmeintézetből elbocsátott gyógyult betegeket is, gyógyíthatatlanok, epilepsziások, értelmi fogyatékosok felvételével azonban nem foglalkozott.<sup>397</sup> 1935-ben a hárshegyi intézeten kívül már hét kórházi idegosztály, több elme- és idegkórtani klinika, valamint az átalakított Schwartzler Szanatórium fogadta az idegi panaszokkal jelentkező betegeket.<sup>398</sup>

A heterofamiliáris telepek helyzetében a háború utáni években új fejlemény történt. Az elszegényedő, munkanélkülivé váló középosztályi családok érdeklődni kezdtek az elmebeteg-ápolásban való részvétel lehetősége iránt. A középosztály részvételének esélyét növelte, hogy mindhárom határon belül maradt telep városokban vagy városok környékén működött. 1923-ban a balassagyarmati telep 332 ápoló családjában 210 földműves, 48 iparos, 9 kereskedő, 5 hadiözvegy vagy rokkant, 14 köz- és magántisztviselő, és 46 közalkalmazott – rendőr, fogházőr, vasúti altiszt, postás –családfenntartó volt. Az ápolásért kapott díj nagymértékben megemelte a családok bevételeit, az ápolott pedig egyfajta „cselédpótló” szerepet töltött be a háztartásban. 1923-ban az ápolási díjat a közkórházi napidíj felében állapították meg, amelyen a telepet működtető kórház és a gondozó család osztozott. A család – a beteg munkaképességének mértékével csökkenő arányban – a díj 40–70%-át kaphatta meg. 1928-ban a napidíj összege 1 P és 1,6 P között váltakozott.<sup>399</sup> 1927-re a növekvő igények kielégítése végett új telepet nyitottak Szekszárdon – a harmincas évek elejére ismét mintegy 7–800 elmebeteget kezeltek heterofamiliáris ápolási rendszerben.<sup>400</sup>

### ***A kórházak száma és megoszlása Magyarországon – egy kis forráskritika***

A *Magyar Statisztikai Évkönyv* közegészségügyi statisztikai részében a kórházak jellege szerint csoportosítva évente közli az országban üzemelő kórházi intézmények számát. Az adatbázis jelentőségéhez nem férhet kétség, a számok az 1870-es évektől a második világháborúig mutatják a magyarországi kórházhálózat alakulását. Figyelmesebben szemlélve,

---

<sup>396</sup> Nyíró 1935, 733.

<sup>397</sup> Nyíró 1932, 202–204.

<sup>398</sup> Fabinyi 1935, 681–682.

<sup>399</sup> Mandel 1928, 1365–1373.

<sup>400</sup> Szél 1930, 247.

és más forrásokkal összevetve azonban az adatsorokat, néhány váratlan problémába ütközünk. Ha végignézzük a Statisztikai Évkönyv által használt kategóriákon, feltűnik, hogy azok részint a kórházak jogi minősítése szempontjából bontanak, úgymint közkórházak, nyilvános jellegű magánkórházak, nem nyilvános jellegű magánkórházak, részint bizonyos típusok esetében fenntartó szerinti csoportba osztást jeleznek: állami kórházak, irgalmasrendi kórházak. Ezenfelül egy harmadik csoportosítási elv is jelen van, egyes speciális célú, kórházakat különválasztanak, így beszélnek állami- és magánelmeógyógyintézetekről, klinikákról és bábaképzőkről, továbbá javító-, fegyintézeti és börtönkórházakról. A használt kategóriák ennek következtében átfedik egymást: az állami kórházak közkórháznak minősülnek (a személyzet kinevezését és fizetését, az ápolási díjakat, valamint az ápolásra jogosultak körét tekintve), az elmeógyógyintézetek között is vannak állami intézmények, és állami intézménynek számítanak – bár az Igazságügyi Minisztérium alá tartoznak, és más szabályok érvényesek rájuk – a börtönkórházak is. Szintén állami intézményként működnek, bár a VKM fennhatósága alá tartoznak a klinikák és a bábaképző intézetek. Az irgalmasrendi kórházak között találunk nyilvános jellegű kórházakat (a budapesti, a pécsi, az egri és a pápai), valamint egy magánkórháznak minősülő intézményt (a váci kórház) is.

A statisztikai adatok forrásául szolgáló felvételi ívek mintáit a *M. Kir. Központi Statisztikai Hivatal Munkássága* című kiadvány közli. Ebben megtaláljuk a vonatkozó dokumentumot, ami a *Statisztikai kimutatás a kórházak, elme- és egyéb gyógyintézetek részére (a járványkórházak kivételével) az 19.. évről* címet viseli. A csoportosítási alapul szolgáló adatok forrása a kérdőív második és harmadik kérdése, amely egyrészt (2.) „a kórház vagy gyógyintézet fenntartójának megnevezését”, másrészt (3.) „a kórház vagy gyógyintézet jellegét (magánkórház, közkórház, stb.) tudakolja.”<sup>401</sup> A 2. számú kérdésre adható válaszok között szerepelhet az állam, a közület (törvényhatóság, város, község), valamely alapítvány, testület vagy magánszemély. A 3. kérdésre adandó válasz lehet közkórház, nyilvános jellegű magánkórház, nem nyilvános jellegű magánkórház, viszont a kérdésre elvben adható klinika, bábaképző intézet, elmeógyógyintézet, börtönkórház, stb. felelet is.

Ha összevetjük a *Statisztikai Évkönyv* által közölt adatokat más források, például az állami költségvetések, vagy a szintén évente megjelenő *Tiszti Cím- és Névtár* adataival, más problémákba is ütközünk. Az állami kórházak száma a *Statisztikai Évkönyvben* lényegesen magasabb, mint amennyit a másik két forrás alapján összeszámolhatunk. A *Tiszti Cím- és*

---

<sup>401</sup> *A m. kir. Központi Statisztikai Hivatal munkássága*. Budapest, 1911. 76.

*Névtár* 1927-ben 2 állami kórházat említ (a Budapesti Állami Szemkórházat és a Gyulai Állami Kórházat), a költségvetésben ugyancsak két állami kórház szerepel. 1932-ben az állami kórházak száma a címtár szerint 3 (gyulai és debreceni állami kórház, budapesti szemkórház), 1937-ben 4 (gyulai és debreceni állami kórház, budapesti szemkórház és mátraházai tüdőgyógyintézet). Az állami költségvetések a címtár adatait támasztják alá (a különbség mindössze annyi, hogy a debreceni kórházat – mivel nem a BM fennhatósága alatt állt, hanem a VKM alatt, itt egyetemi klinikaként tartják számon).

A *Statisztikai Évkönyv* adatainak értelmezéséhez az általános kórház-definíció és az állami kórház-definíció kérdését kell megvizsgálnunk. Utóbbi egyszerűbb: minden állami kórházat az állam tart fenn, az állam (illetve annak valamely intézménye) állja az üzemeltetés költségeit. A kórház jelentése már nem ilyen egyértelmű. A magyar egészségügyi igazgatás nem ismert konkrét kórház-fogalmat. A közkórház, a nyilvános jellegű kórház, a magánkórház kifejezések gyógyintézetek bizonyos csoportjaira vonatkoztak, és – mint láttuk – e csoportok igazgatásával, működésével, az ápolási díjak problematikájával voltak kapcsolatban. A kórház-fogalom „standardizálása” csak a harmincas évek végén vetődött fel a szakemberek körében. A standardizálás első számú hazai ösztönzője, Soós Aladár így fogalmazta meg a kórház-fogalommal kapcsolatos problémákat: „Az alapprobléma tehát... abban keresendő, hogy 1 községi húsz-ágyas kórház, meg 1 ezer-ágyas kórház tekinthető-e 2 kórháznak, vagy hogy 1 bábaképző-intézet meg 1 helyőrségi kórház, meg 1 gyermekmenhely számíthat-e együtt 3 gyógyintézetnek, vagy hogy a debreceni klinikai telep... 1 helyszámot kap, vagy pedig annyi sorszámmal jelöljük, ahány klinika működik benne. Az utóbbi esetben a budapesti Új Szt. János kórház gyűjtőneve sem maradhatna meg, hanem betegosztály-pavillonjainak mindegyike külön sorszámmal szerepelne.”<sup>402</sup>

A kórház-fogalom tehát meglehetősen tág volt, sok esetben a hivatalos kiadványok nem is a kórház, hanem a „gyógyintézet” fogalmát használták. Így tett a *Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége* is, amikor 1934-ben a *Magyarország Gyógyintézeteinek Évkönyve, 1934* című kötetben megjelentette egy országos gyógyintézet-összeírás adatait. A kötet összesen 740 gyógyintézetet: kórházat, klinikát, bábaképzőt, „szanatóriumot”, szülő- és csecsemőotthont, gyermekmenhelyt, gyógyfürdőt, gyógyüdülőt sorol fel. A kiadvány – bár sorozatnak szánták – sajnos végül csak egy alkalommal jelent meg, adatai azonban lehetőséget kínálnak a *Statisztikai Évkönyv* magas állami kórház-számának megértéséhez. A

---

<sup>402</sup> Soós 1938, 371–372.

kórházi évkönyv 4 állami kórházat jelöl meg (Budapesti Szemkórház, Gyula, Debrecen, Mátraháza), 8 állami gyermekmenhelyt, és 11 állami honvéd- és közrendészeti, illetve helyőrségi kórházat.<sup>403</sup> Az összeg így 23-ra rúg, ami eggyel több ugyan, mint a Statisztikai Évkönyv adata, de ezt az eltérést már be lehet tudni egy kisebb statisztikai hibának.<sup>404</sup>

A közkórházak száma 1932 előtt a *Statisztikai Évkönyv* adatai szerint alacsonyabb, mint a *Tiszti Cím- és Névtár* alapján vett számok. A címtárak az egyes kórházcsoportokon (Szent Rókus, Szent István, Új Szent János, Budapesti Tüdőbeteggondozó Intézet) belül külön kezelik a fiókkórházakat. Ha a fiókkórházakat nem vesszük külön kórháznak, csak a kórházcsoportokkal számolunk, akkor 1927 és 1932 között 35 közkórházat kapunk, eközben a Statisztikai Évkönyv az említett években 37, illetve 38 közkórházról beszél. Az eltérés így már nem jelentős, az ok vélhetően a fogalmi tisztázatlanság; könnyen lehet, hogy valamely jobban elkülönülő fiókkintézményt külön kezeltek, másokat pedig nem.<sup>405</sup>

**12. táblázat Kórházak száma kórháztypusonként a Statisztikai Évkönyv és a Tiszti Cím- és Névtár szerint**

	állami kórház		közkórház		nyilvános magánkórház	
	Tiszti Cím- és Névtár	Stat. Évkönyv	Tiszti Cím- és Névtár	Stat. Évkönyv	Tiszti Cím- és Névtár	Stat. Évkönyv
1927	2	10	44	37	26	33
1928	2	9	46	38	32	33
1929	2	10	47	38	31	35
1930	n.a.	14	n.a.	38	n.a.	36
1931	3	14	49	38	33	35
1932	3	14	50	40	31	35

<sup>403</sup> Magyarország Gyógyintézeteinek Évkönyve, 1934. Kiadja a Magyarországi Klinikák és Kórházak Szövetsége. Budapest, 1934.

<sup>404</sup> Az intézmények, az ágyak számának évközbéli változásaiból, a betegforgalom adatainak korrigálásából következő módosításokat az évkönyvek csak a következő évi, már összevont makroadatokat tartalmazó sorban javították, így erre a konkrét eltérésre sajnos pontos magyarázatot nem lehet adni.

<sup>405</sup> A *Tiszti Cím- és Névtár* például egyenrangú fiókkórházként kezeli a Szent László, a Szent Margit, a Régi Szent János kórházat, a Madarász utcai Gyermekkórházat és például a Szent Rókus kórház Gyöngyösi úti szülészeti osztályát, vagy a Budapesti Tüdőbeteg-gondozó Intézet kerületi fiókjait.

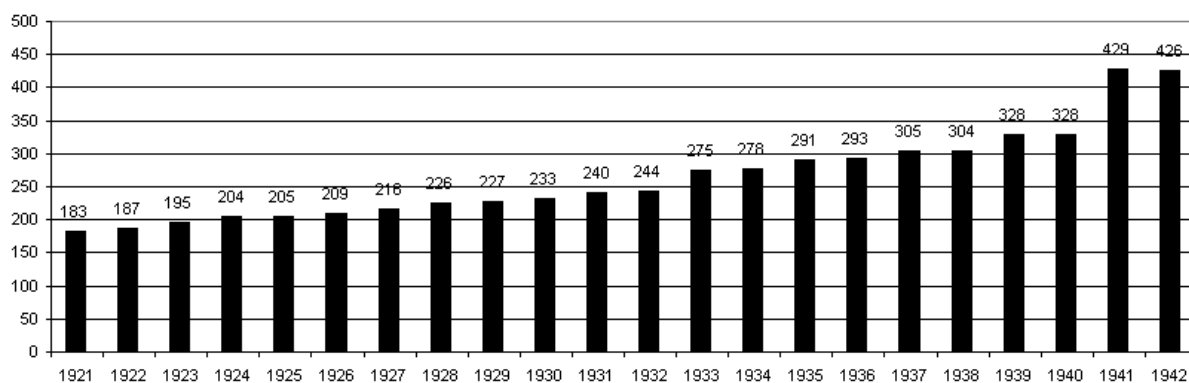
1933	n.a.	22	n.a.	41	-	38
1934	n.a.	22	n.a.	41	-	38
1935	4	30	83	41	-	40
1936	4	31	83	41	-	41
1937	4	32	79	46	-	42
1938	4	32	80	59	-	29
1939	n.a.	-	n.a.	95	-	-
1940	4	-	82	98	-	-
1941	37	-	87	135	-	-
1942	38	-	95	133	-	-
1943	40	-	99	n.a.	-	-
1944	39	-	99	n.a.	-	-

A statisztika hibájának tűnik a nyilvános jellegű magánkórházak szereplése 1932-től, hiszen az 1931-es szabályozás ezt a kórház-kategóriát – mint fentebb láthattuk – megszüntette. A *Tiszti Cím- és Névtár* kötetei pénzügyi okok miatt 1933-ban és 1934-ben nem jelentek meg, az 1932-es és az 1935-ös kötetet egybevetve azonban világosan látható, hogy az 1932-ben (nyilván a szabályozás és az adatfelvétel átfutási ideje miatt még) nyilvános magánkórházként szereplő 31 kórház 1935-ben már közkórház minősítést nyert.

A Soós Aladár-féle standardizálási séma négy kórháztypust: tankórházat, közkórházat, különkórházat és magánkórházat ismert. A tankórházak közé a korábbi klinikák és bábaképzők kerültek. A tankórház hivatalosan tanítási, orvosképzési célokat szolgált, közérdekű, különleges célú, közhasznú intézménynek minősült. A közkórház nyilvános kórháznak számított, a betegeket köteles volt válogatás nélkül felvenni. A rendelet értelmében a közkórház közérdekű, általános célú, közhasznú intézmény lett. A különkórház ezzel szemben a felvételre jelentkezők között igényjogosultság alapján válogathatott. Különkórháznak minősültek a biztosítóintézeti kórházak, a katonakórházak, a felekezeti

kórházak, gyermekkórházak, elmeintézetek, tüdőgondozó intézetek. A különkórházak a szabályozás értelmében különböző érdekű, különcélú, részben önhasznú, részben közhasznú intézménynek számítottak. A negyedik kategóriát a magánkórházak képezték. A magánkórházak tisztán magánvállalkozásnak számítottak, betegfelvételi kötelezettségük az életveszélyes eseteket leszámítva nem volt, a felvételre jelentkező betegek között szabadon válogathattak. Céljuk az anyagi haszonszerzés volt. A magánkórházak nem tartoztak bele az állami igazgatási rendszerbe – magánérdekű, különcélú, önhasznú intézmények voltak.<sup>406</sup> A *Statisztikai Évkönyv* 1939-től már az új séma szerint kérte és rendezte az adatokat. Ez előnyt jelent abból a szempontból, hogy innentől konkrét, jól körülhatárolt csoportokkal szembesülünk, a korábbi adatokkal való összevetést ellenben szinte lehetetlenné teszi. Az új séma szerint egyes régi kategóriák ugyanis új tartalmat kaptak: a közkórházak közül kikerültek a tüdőszanatóriumok, a gyermekkórházak, szülőtthonok, a magánkórházak közül a biztosítóintézetek kórházai, a felekezeti kórházak, illetve az egyéb intézmények által fenntartott kórházak.

**18. ábra A kórházak száma a két világháború között a Statisztikai Évkönyv adatai szerint**



(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv*. 1921–1942. Budapest, M. Kir. Központi Statisztikai Hivatal.)

A statisztikák a vázolt okok miatt mindenképpen kellő kritikával kezelendők, a trendek ábrázolására azonban természetesen alkalmasak. Akár a kórházak számát, akár a közkórházak számát vesszük vizsgálat alá, egyértelműen megállapíthatjuk a hálózat bővülését, a kórházzal való ellátottsági arány emelkedését. Nem kérdéses, hogy a mennyiségi és minőségi javulás

<sup>406</sup> Soós 1938, 377–378.

nagymértékben köszönhető az állam fokozódó érdeklődésének, a kórházügyre jutó állami források bővülésének. A kórházak igazgatása és finanszírozása, a „kórházpolitika” nem működött ugyan mindig és minden téren tökéletesen, az egységes elvek szerinti irányításra való törekvés, a professzionalizálás és az ezzel párhuzamosan zajló specializálás eredményeként viszont a 20. század harmincas-negyvenes éveire Magyarországon kialakult a modern kórházügy, létrejött a kor követelményeinek megfelelő kórházhálózat.



## A morbiditás és a mortalitás alakulása

### *Az egészségi állapot leírásának határai*

Munkám során mind a mortalitási, mind az egyes morbiditási mutatókat az egészségügyi helyzet jelzőszámaiként használom. Ez az eljárás összegzésképpen némi pontosítást követel. Nem kell különösebben hangsúlyozni, milyen komoly eltérés van a „ki miben hal meg” és a „ki milyen betegség(ek)ben szenved” kérdésfeltevések között. A kettő válasz között általában van némi összefüggés, azonban mindkettő több is és kevesebb is a másiknál. A halálozás a társadalom minden tagját érinti, ebben a tekintetben tehát a haláloki statisztika nem egyszerűen az adott társadalom általános egészségügyi viszonyaira mutat rá, hanem egyfajta „befejezett betegségtörténetet” ad. Részben több mint a morbiditási statisztika, hiszen potenciálisan mindenkit magában foglal, részben viszont kevesebb, hiszen az egyén életpályája során több betegségen is áteshet, ezek pedig természetesen nem mind jelennek meg mortalitási okként.

A teljes morbiditás lényegesen bővebb a halálokoknál. Sajnos törvényszerű, hogy a morbiditási statisztika háttérben marad a haláloki statisztika mögött, ha az egészségügyi viszonyokat történeti távlatban próbáljuk meg ábrázolni. Sajnos nincsenek teljes körű morbiditási statisztikák, adatfelvételek, feldolgozások. Még ma sem tudunk minden egyén minden betegségéről, hogy is várhatnánk el ezt a tudást az általunk vizsgált kortól? Sőt: a morbiditási statisztikák megbízhatósága is alulmúlja a mortalitását, hiszen feltételeznünk kell – sőt ennél talán keményebben is fogalmazhatunk, tudjuk –, hogy nem minden betegség-eset került orvos tudomására, nem mindenki vett, vehetett igénybe kórházi ápolást, ily módon a morbiditási felvételek potenciális adatszolgáltatói már maguk sem rendelkeztek totális rálátással a betegség-jelenségek teljes spektrumára. Váradi Sándor mocsai községi orvos a következőket írta a falusi orvosi működés hatáiról: „Egy évtizedes falusi, figyelő praxis tapasztalatai feljogosítanak arra a feltevésre, hogy van ugyanannyi gyógyíthatlan chronikus beteg a faluban az orvos tudtán kívül, mint amennyiről van tudomása.”<sup>407</sup> Nagyon keveset, vagy semmit nem tudunk a fogbetegségekről, az enyhébb (orvosi kezelést nem igénylő) légzőszervi és emésztőszervi megbetegedésekről, bőrbetegségekről is. Társadalmi csoportok szerint is eltérő az információk skálája: a jó egészségügyi ellátást élvező, biztosított városi

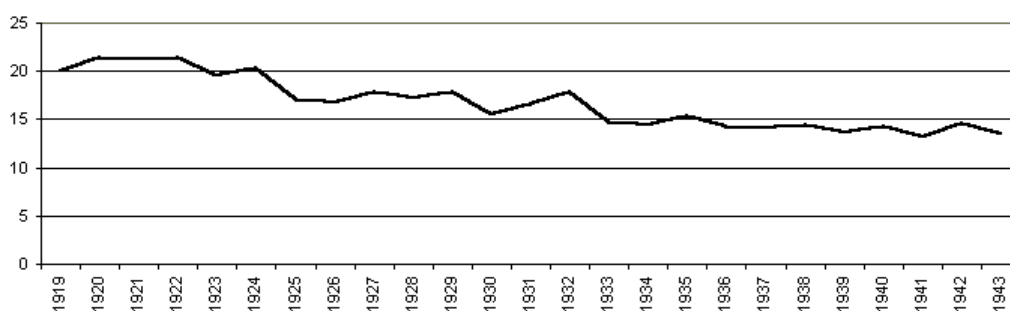
---

<sup>407</sup> Váradi 1931, 913.

rétegek betegségeit jobban ismerjük, mint a biztosításból kimaradó városi alsó rétegeket illetve a földmunkásságét – esetükben jószerivel csak a halálozás mutatói alapján tudunk következtetni az egészségi állapot különböző fogyatékoságaira.

Ezzel az utóbbi megállapítással körbe is értünk: a halálozási statisztika elsődleges használata az egészségügyi helyzet leírására némi tagadhatatlan relevanciája mellett részben „szükséges rossz”. Vessünk egy pillantást Magyarország népességének néhány demográfiai mutatójára! A halálozási arány a 19. század második felében bőven 30‰ fölött volt, sőt járványos években akár 60‰ fölé is szökhetett, a 20. század első évtizedeiben viszont már általában 20‰ alatt maradt.<sup>408</sup>

**19. ábra Halálozás Magyarországon 1919–1943 (ezer főre)**



(Forrás: Hoóz 1970, 175.)

A halálozás fokozatos csökkenésével párhuzamosan természetesen nőtt mind a születéskor, mind az egyes életkorokban még várható életkor is. A születéskor várható életkor 1900–1901-ben férfiaknál 36,56, nőknél 38,15 év, 1920–21-ben 41 illetve 43,1 év, 1930–31-ben 48,7 illetve 51,8 év, 1941-ben 54,9 és 58,2 év.<sup>409</sup> A 10. táblázat az egyes életkorokban még várható átlagos élettartamot mutatja be az 1930–31-es adatok alapján.

<sup>408</sup> Máday 1983, 341, Hoóz 1970, 175.

<sup>409</sup> Hoóz 1970, 180., Daróczi 2001, 308.

**13. táblázat Az egyes életkorokban még várható élettartam (1930–31)**

életév	0	1	5	10	20	30	40	50	60	70	80
férfi	48,7	58,26	57,28	53,25	44,77	37,09	29,13	21,48	14,5	8,7	4,4
nő	51,8	59,29	58,29	54,31	46,09	38,64	30,7	22,72	15,38	9,2	4,9

(Forrás: Józán 1997, 370.)

A halálozás csökkenése, a várható élettartam növekedése (párhuzamosan a születések számának fokozatos csökkenésével) a lakosság előregedéséhez vezetett. Míg 1910-ben a 0–14 éves korosztály a teljes népesség 34,8%-át, a 60 év feletti csoport pedig csak 7,9%-át tette ki, addig arányuk 1941-ben már 26 illetve 10,7%.<sup>410</sup> Az egészségügyi helyzet szempontjából a lakosság öregedése ok és következmény egyszerre, az átlagos élettartam növekedése többféle összefüggést mutat fel a haláloki struktúrával (például a fertőző és a daganatos betegségek arányával). Ismét a halálokokra terelődött a szó; az általános morbiditási mutatók és a népesség élettartama közti összefüggést nehéz megfogni. Elképzelhető, hogy kevesebb átélte betegség növeli az élettartamot, ám az is értelmes elképzelésnek tűnik, hogy a hosszabb életút során több enyhébb, kisebb jelentőségű betegséggel szembesül az ember.

Az átlagos élettartamot természetesen az egészségügyi intézményrendszer és az ellátás általános javulása is emeli. A fejlettebb egészségügyi ellátás ugyanakkor hatással van a morbiditás és a mortalitás egymáshoz való viszonyára is. A különböző betegségek letalitási aránya nagymértékben függ az ellenük alkalmazott kezeléstől. A vakbélgyulladás vagy a sérv még a 19. században is a magas letalitású betegségek közé tartozott, a 20. századra azonban halálozási arányuk jelentősen megenyhült. A jobb orvosi ellátás tehát végső soron az adott korban „gyógyíthatatlan” betegségek javára módosítja a mortalitási statisztikát – az általános egészségügyi helyzetkép vázolásánál azonban nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy a gyógyíthatóvá váló betegségek nem eltűnnek, csak nehezebben felmérhetőkké válnak a népesség körében. (Így például a fertőző betegségek mortalitásának csökkenése sem mond többet annál, hogy effektíve kevesebben haltak bele az adott kórba; egyéb adatok, például a letalitási arány nélkül nem mutatják meg általános elterjedtségüket.) Mindezek összegzéseként tehát talán levonhatjuk a megállapítást: a halálozási mutatók jellemzik ugyan

---

<sup>410</sup> Hoóz 1970. 63.

egy ország (vagy terület) népességének egészségügyi viszonyait, de értelmezésük során tekintettel kell lenni sok egyéb körülményre, elsődlegesen a népesség általános demográfiai jellemzőire, és a külső környezet, illetve az egészségügyi rendszer adott korszakbeli és országbeli (regionális) állapotára, valamint ezek különféle hatásaira.

### ***Mortalitási és morbiditási statisztikák a 20. században***

„A január hónapot sűrű, de rövid ideig tartó havazások, a hótömegek gyors elolvadása, a váratlanul megjelenő zúzmarás, fagyos északi szél ... majd meleg déli szél, mely az egész hótakarót magával rántotta, jellemezte. ... A félbehagyó lázak nyakassá váltak, s igen sokszor a belső részek megkeményedését, vízkórt, lázlepényt vontak maguk után. Ezek a betegségek magukra hagyatva rothasztó lázzá változtak, s halállal végződtek. Az epés lázak hagymázás jelleget mutattak, s hol a koponya, hol a mell, has majd medenceüregekben elhelyezett szervek rothadásra hajlamos lobjával tűntek ki.” – tudhatjuk meg az 1847-es évről.<sup>411</sup>

Az idézett szöveg jól mutatja a Foucault nyomán korábban már említett klasszifikáló vagy „botanikus szemléletű” orvoslás nézőpontját. Amint azt Foucault írja, a klasszifikáló orvoslás betegség-képe gyökeresen eltér a későbbi, „modern” orvostudomány betegség-szemléletétől. A betegség ekkor még nem valamely konkrét szerv bajaként jelenik meg. A tünetek önmagukban alkotják a betegséget, valamely szerv károsodása nem szükséges a betegség meghatározásához. A tünetek, a „sérülés” egy bizonyos helyről (nem is konkrét szervekről, hanem inkább testtájokról – lásd fent a mell- a has- és a medenceüregek lobja) áttevődhetnek egy másikra, sőt, külön testrészekben jelentkező betegségek is ugyanazon meghatározás alá eshettek, ez esetben a korabeli szemlélet szerint ugyanis csak a „támadási pont” különbözőségéről volt szó.<sup>412</sup> „Az osztályozók szerint az orvosi megismerés alapvető aktusa egy kijelölési eljárás volt: elhelyezni egy tünetet egy betegségben, egy betegséget egy specifikus egészben, s ezt irányítani a kóros világ általános tervében.”<sup>413</sup> A korabeli statisztikákban, halotti anyakönyvekben szereplő „görcsök, rángások”, „láz”, „vízkór”, „rothadás”, „gyengeség” és hasonló halálokok ezen orvosi szemlélet termékei.

---

<sup>411</sup> Daday 1932, 731.

<sup>412</sup> Foucault 2000, 120.

<sup>413</sup> Foucault 2000, 133.

A betegséggel, illetve halálozással kapcsolatos diagnózisok megváltozásához elsősorban az orvosi szemlélet átalakulására volt szükség. Már a járványok kapcsán említettem a „járványorvoslás” sajátosságaiból fakadó orvosi szemléletváltást, a statisztikák, hosszú adatsorok kezelésének megjelenését, ami lehetővé tette a megváltozott szemléletű orvostudomány számára az egységessé váló diagnosztikai rendszer megismerését és használatát.

A Magyarországon 1894-ben törvénybe iktatott állami anyakönyvezés megjelenésével közel egyidejűleg, 1895 végétől kezdve a halálesetek bejelentésének szabályai is megváltoztak. Magyarországon a halálokokat orvos, illetve nem orvos halottképek állapították meg. Az 1876/31025 BM rendelet értelmében „(h)alottképek alkalmazható: a) minden orvos és sebész, aki az ország területén gyakorlatra jogosítva van; b) aki a halottkémi vizsgát letette s a halottvizsgálati szolgálatra hatósági orvos által képesített; c) ahol ily halottképek bármi okból nem alkalmazhatók, a községi előljáróság e végből kirendelt tagja. (Ezenfelül a rendelet kibocsátását megelőzőleg legalább 2 év óta kifogástalanul működő halottképek, ha képesítésük nincs is.)”<sup>414</sup> Az 1895-ben bevezetett halálozási nomenklátúra 20 főbb csoportra osztotta a halálokokat, mindezt azonban csak az orvos halottképek által adott adatok számára.<sup>415</sup> A nem orvos halottképek számára – alacsony, vagy nem kifejezetten szakmai képzettségük miatt – egy egyszerűsített haláloki névjegyzéket is készítettek.<sup>416</sup> A kétféle névjegyzék használata az első világháborút követően szűnt csak meg.<sup>417</sup> 1929-ben a Nemzetközi Statisztikai Intézet új haláloki nomenklatúrát vezetett be, amelyben egyes főcsoportokat összevontak, másokat megbontottak, magát a teljes névjegyzéket pedig 18 főcsoportban 200 nevesre növelték.<sup>418</sup>

---

<sup>414</sup> Fáy 1912, 56–57.

<sup>415</sup> I. Fertőző betegségek. II. Élősdiek okozta betegségek. III. Rosszindulatú daganatok. IV. Alkati betegségek. V. Táplálkozásból eredő betegségek. VI. Fejlődési hiányok és betegségek. VII. Az idegrendszer betegségei. VIII. Az érzékszervek betegségei. IX. A vérkeringési szervek betegségei. X. A légzőszervek betegségei. XI. Az emésztőszervek betegségei. XII. A mirigyek betegségei. XIII. A húgyszervek betegségei. XIV. A nemzőszervek betegségei. XV. Szülésből származó betegségek. XVI. A csontok betegségei. XVII. A bőr betegségei. XVIII. Egyéb, nem elég szabatos megnevezésű betegségek. XIX. Erőszakos halálokok. XX. Ismeretlen halálokok. (Szél 1930, 331.)

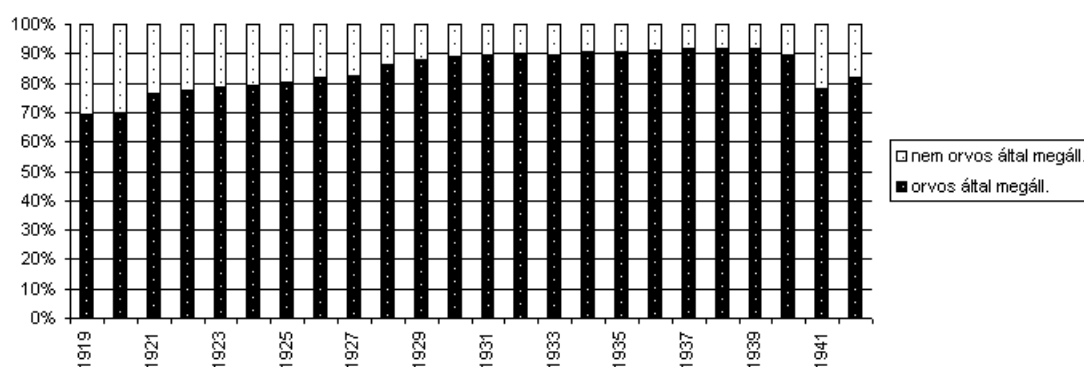
<sup>416</sup> Fertőző betegségek. Egyéb, külön kimutatott betegségek. (Gyermekecszés, veleszületett gyengeség, aggkori véghimerülés, gutaütés, elmebaj, görcsök, tüdő- és mellhártyagyulladás, vízbetegség, sérvek, gyermekágy.) Egyéb, külön ki nem mutatott betegségek. Erőszakos halálokok. Ismeretlen halálokok. (Itt még erősen érezhető a „botanikus szemlélet” hatása.)

<sup>417</sup> Szél 1930, 330.

<sup>418</sup> Az új haláloki főcsoportok: I. Fertőző és élősdiek okozta betegségek. II. Rák és egyéb daganatok. III. Rheumás (csúzos) megbetegedések, a táplálkozás és a belső elválasztásos mirigyek bántalmi és egyéb általános betegségek. IV. A vér és a vérképző szervek betegségei. V. Idült mérgezők. VI. Az idegrendszer és az érzékszervek betegségei. VII. A vérkeringési szervek betegségei. VIII. A légzőszervek betegségei. IX. Az emésztőszervek betegségei. X. A húgy-ivarszervek betegségei. XI. A terhesség, szülés és gyermekágy

Ezek a látszólag technikai jellegű változások nagy fontossággal bírnak. A Magyar Kir. Statisztikai Hivatal évkönyvei 1897-től kezdve évente közlik az adott év halálokeinak részletezését. 1919-ig a nem orvos által megállapított halálokokat az orvos által megállapítottaktól külön kezelik – ez a megoldás, bár csökkenti az esetek számát, növeli azok megbízhatóságát.

**20. ábra Orvos és nem orvos halottképek által megállapított halálokok aránya a két világháború között**



(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv* 1919–42.)

Ha szemügyre vesszük az orvos és a laikus halottképek által adott haláloki diagnózisok egymáshoz viszonyított arányát, láthatjuk, hogy az 1930-as évek végére a laikus halottképek tevékenysége erősen visszaszorult. Visszaesést e tekintetben az 1939-ben kezdődő terület-visszacsatolások okoztak: 1941-ben a nem orvos halottképek működése ismét az 1923-as szint körülire, 22,5%-ra nőtt. Különösen a Kárpátalján és Erdély Beszterce–Naszód, Kolozs, Szilág, Szolnok–Doboka és Udvarhely vármegyéiben volt magas – 50%-ot meghaladó a laikus halottképek ténykedési aránya. A nem orvos halottkém által adott diagnózisok pontosságát elvben 1900-tól kezdve az elhunytat kezelő orvos utolsó diagnózisának figyelembevételével igyekeztek korrigálni, de sok esetben (orvosi kezelés nélkül elhaltak, régen kezelt betegek) erre sem volt meg a kellő lehetőség.<sup>419</sup>

Fontos újítás volt a fertőző betegségek bejelentésének szabályozása. 1881-ben Budapestre, 1892-ben pedig az egész országra vonatkozóan elrendelték az egyes betegségek kötelező

betegségei. XII. A bőr és a bőr alatti kötőszövet betegségei. XIII. A csontok és a mozgató szervek betegségei. XIV. Velezületett fejlődési hibák. XV. Az újszülöttek betegségei. XVI. Az aggság bajai. XVII. Erőszakos halálesetek és balesetek. XVIII. Ismeretlen halálokok. (Szél 1930, 336–338.)

<sup>419</sup> Buday 1917, 5–7.

bejelentését, majd a bejelentendő bajok listáját többször is revízió alá vették. A legalaposabb, 1930-as szabályozás eredményeképpen országosan 25, Budapesten pedig 33 betegség típus esett bejelentési kötelezettség alá.<sup>420</sup> A bejelentési kötelezettség mellett egyes betegségek esetében a „kijelentést”, vagyis e betegség egyes eseteinek – gyógyulás vagy elhalálozás útján történő – elmúlásának bejelentését is kötelezővé tették.<sup>421</sup>

## ***Fertőző betegségek***

### *Az első számú népbetegség: a tuberkulózis*

A tuberkulózis egyike a történelmileg leginkább fontos betegségeknek – állapítja meg a betegség (kultúr)történetével foglalkozó könyvében Thomas Dormandy.<sup>422</sup> Az ókor óta ismert betegség történetének leírását – ahogy más betegségeket is – az egyes korszakok orvosi szemléletéből adódó sajátos diagnosztizálási és klasszifikálási eljárások nehezítik,<sup>423</sup> ezzel együtt is megállapítható, hogy talán egyetlen más betegségről sem írtak, cikkeztek annyit orvosok, politikusok, közéleti emberek, mint a hírhedt gümőkórról. A magyar orvosi irodalom egyik első darabja, Pápai Páriz Ferenc Pax Corporis-a is leírja a betegséget: „Szárad e nyavalyában a test, mert szüntelen forrózás, ami nedvesség benne volna, elemészti: annak felette, mert e nyavalyában valók igen gyakran izzadnak; a sok izzadás pedig a testnek merő olvasztása, s bágyasztása. Külső okait ami illeti: tudni való, hogy itt mind a rendetlen étel, ital, mozgás, esés, ütés, hidegek, s egyebek, igen erős készítő és segítő eszközök lehetnek. Ide járul az olyan nyavalyában való emberekkel, kiken erősen elhatalmazott, igen közel való társalkodás, egy edényből vélők ivás, gyakran való leheléseknek beszívása, mert annak a

---

<sup>420</sup> Országosan bejelentendő fertőző betegségek (1930): kolera, pestis, sárgaláz, lepra, hólyagos himlő, kiütéses tífusz, bárányhimlő, kanyaró, vörheny, diftéria, szamárköhögés, nyílt tbc, hastífusz, paratífusz és ételmérgezés, vérhas, visszatérő láz, malária, járványos agyhártyagyulladás, járványos agyvelőgyulladás, Heine-Medin-kór, trachoma, emberi lépfene, emberi takonykór, emberi veszettség, gyermekági láz. 1931-től kötelező az influenza bejelentése is, a tetanus, a bányaaaszály, a trichinelliasis, valamint a nem fertőző pellagra bejelentését pedig külön rendeletek szabályozták.

Budapesten bejelentendő fertőző betegségek (1930): lépfene, csecsemők hurutos szem- vagy hüvelygyulladása, kolera, diftéria, járványos agyvelőgyulladás, visszatérő láz, takonykór, járványos agyhártyagyulladás, kanyaró, paratífusz és húsmérgezés, tetvesség, pellagra, gerincvelőgyulladás, gennyes kötőhártyagyulladás, gombás hajbetegségek, Heine-Medin-kór, influenza, lepra, veszettség, malária, gyermekági láz, rühösség, járványos fültőmirigy-gyulladás, pestis, vörheny, trachoma, trichinosis (trichinelliasis), nyílt tbc, hastífusz, kiütéses tífusz, bárányhimlő, hólyagos himlő, mandulagyulladás. (Melly–Zuckermann 1931, 172–174.)

<sup>421</sup> Melly–Zuckermann 1931, 172–174.

<sup>422</sup> Dormandy 2002, 16.

<sup>423</sup> Dormandy 2002, 15-27; Cartwright 1977, 120-123; Lane 2001, 141-143.

senyvedtségnek dőgi, bizonyos, hogy az ép Tüdőt is sokszor meghatotta, és benne rothadást indított...’’<sup>424</sup>

A leírás jól mutatja, hogy a humorális szemlélet tipikus elemei (az agyban keletkezett nyák, amiből a testnedvek megromlása következik) mellett a betegséghez a kontagiozítás (ragadósság) képe is társult. A gyógy módok ennek megfelelően az étrend átalakítását (alkalmasint a teljes koplaltatást), a levegőváltozás előírását, illetve a beteg elkülönítését célozták. Természetesen a tuberkulózis gyógy módjai között is nagyon sokáig megtalálhatóak voltak az irritabilitás elképzelésből fakadó<sup>425</sup> érvágási és köpölyözési eljárások, valamint az „elleningerlés” különböző módszerei (például a különféle gázok inhalációja – mint azt Thomas Mann Varázshegyében is olvashatjuk).

A tuberkulózis kérdése a modern közegészségügyi gondolkodás kialakulása során is az első között került előtérbe mind Angliában, mind Európa más országaiban. A betegség méreteiről, elterjedtségéről a 19. századot megelőző időszakra vonatkozóan nincsenek adataink. Anglia 1836-ban hozott törvényt a születések és halálozások központi regisztrációjáról; az 1839-ben már releváns adatmennyiséggel bíró statisztikákból kiderült, hogy a tuberkulózis az összhálaózás 17,6%-áért felelős. A legmagasabb tbc-halálozás Londont és a nagy ipari városokat jellemezte.<sup>426</sup> A kerületek szerinti statisztikák azt is megmutatták, hogy a legszegényebbek körében a betegség három-négyszer akkora pusztítás végez, mint a gazdagabb társadalmi csoportokban.<sup>427</sup> A statisztikai adatok első értelmezési kísérleteivel együtt a tuberkulózisról folyó diskurzusban megjelent a társadalmi elem – a betegségnek a szociális helyzethez való viszonya.

Tény: a tbc mortalitása a teljes lakosság körében 1,5 és 3,6‰ között alakult, ezzel pedig toronymagasan a legelső helyet foglalta el az egyes konkrét betegségeket tekintve a hálálok között.

---

<sup>424</sup> Idézi Kováts 1963, 42.

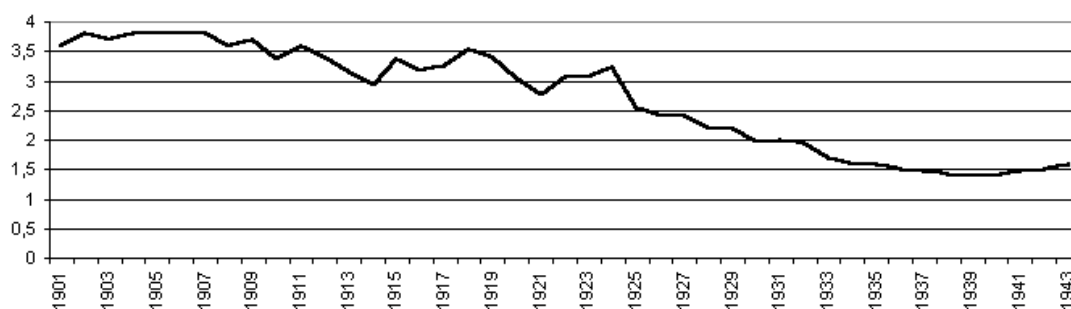
<sup>425</sup> Canguilhem 2004, 27-31.

<sup>426</sup> Lane 2001, 142.

<sup>427</sup> Dormandy 2002, 95.

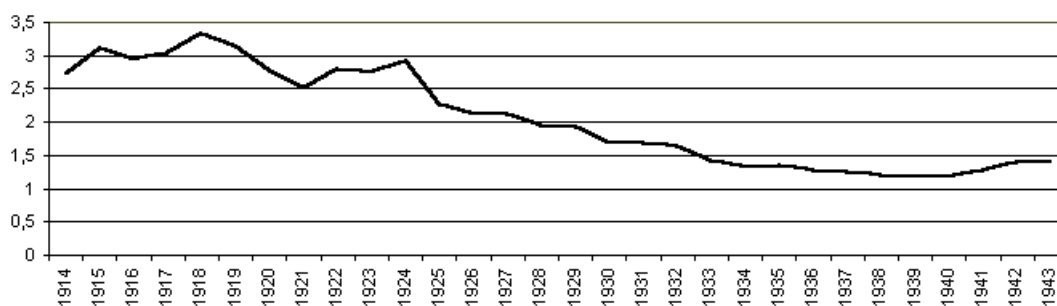


21. ábra A tuberkulózishalandóság alakulása Magyarországon (ezer főre)



(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv 1901–42.*, Petrilla 1944)

22. ábra A tüdő-tuberkulózis mortalitási aránya Magyarországon (ezer főre)



(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv 1914–42.*, Petrilla 1944)

A vidék vagy a város betegsége? Foglalkozási vagy lakásbetegség? Ezen kérdéseket lehetne talán kiemelni a tbc-vel foglalkozó tengernyi irodalom legfontosabb problémái közül. A századforduló utáni időszak adatait elemezve Laky Dezső a törvényhatósági jogú városok tbc-halálózását 3,8‰-ben, a községekéét 3,28‰-ben határozta meg.<sup>428</sup> Három különböző időszak halálózási adatait összevetve megállapíthatjuk, hogy ez az összefüggés az egész vizsgált korszakban igaz marad: a törvényhatósági jogú városok tbc-halálózása mintegy 1,2–1,3-szorosa a községekének.<sup>429</sup>

<sup>428</sup> Laky 1925, 193.

<sup>429</sup> A rendezett tanácsú városokra és a községekre vonatkozóan csak az 1920–23-as időszakból rendelkezünk különválasztott adattal: tbc-halálózásuk 3,3‰, tehát a két másik településtípus között helyezkedik el. A későbbi évekre vonatkozó adatokban a községek és a megyei városok összevontan, a „vármegyék” kategóriában szerepelnek.

14. táblázat Tbc-halandóság törvényhatóságtípusok szerint (ezer főre)

	1920–23	1930	1939
vármegyék	2,8	1,91	1,25
tj. városok	3,8	2,3	1,62

(Forrás: Pfeiffer 1926, Szél 1931, 763, Szél 1940a, 561.)

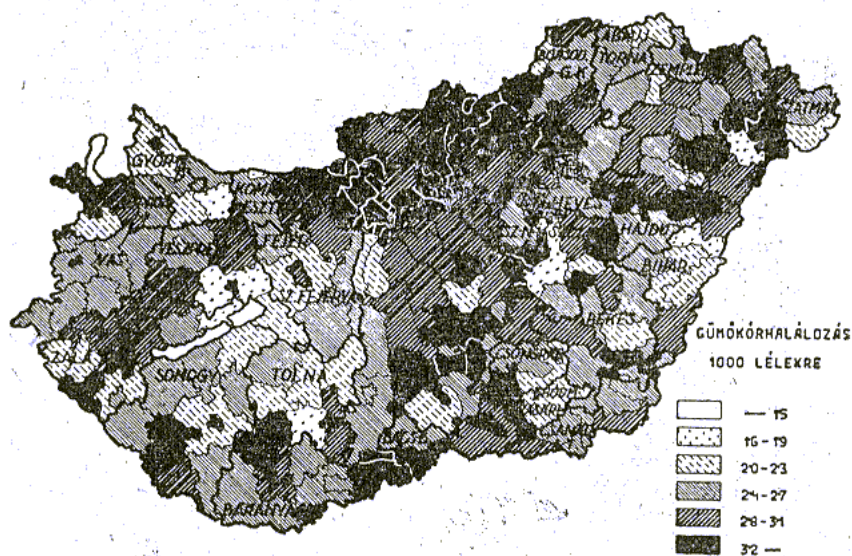
A századfordulótól az első világháborúig terjedő időszakban Buday László Magyarországon három tbc-s gócot különített el. Az első a Felvidéken *Zólyom, Liptó, Trencsén, Túróc*, valamint *Gömör és Nógrád* vármegye, a második az alföldi vármegyék területére terjedt ki, a harmadikat pedig *Erdély* középső részén lehetett körülhatárolni.<sup>430</sup> Az 1908-as adatok szerint tbc-halálozás szempontjából a törvényhatósági jogú városok közül legrosszabbul *Pancsova, Baja, Temesvár, Szabadka, Selmechánya és Pozsony* állt (4,7–5,6‰).<sup>431</sup>

A trianoni területelcsatolásokat követően két nagy tbc-s góc, az erdélyi és a felvidéki a szomszéd országokhoz került. A trianoni területen a két világháború közti időszakban kettő – többé-kevésbé összefüggő – magas tbc-halálozást mutató régió rajzolható ki. Az egyik Dél-Magyarországon *Bács–Bodrog* vármegye *Bajával, Csanád, Arad és Torontál*, valamint *Békés*. A másik hosszan elnyúló terület Észak-Magyarországon található, *Komárom és Esztergom* vármegyétől indulva kelet felé *Nógrád és Hont, Heves, Borsod Miskolccal*, majd az ország legkeletibb részén *Szabolcs és Ung* valamint *Szatmár, Ugocsa és Bereg* megyével. A két régiót az ugyancsak magas tbc-mortalitási arányú *Pest–Pilis–Solt–Kiskun* vármegye köti össze.

<sup>430</sup> Buday 1917, 24.

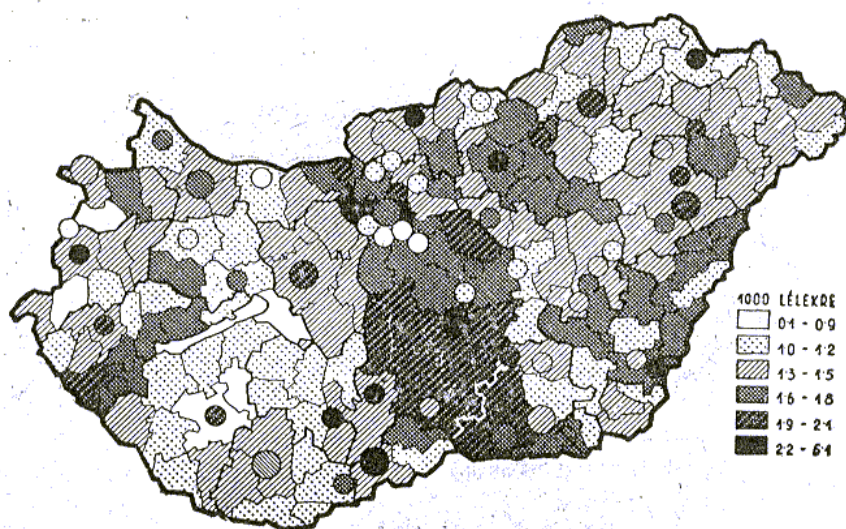
<sup>431</sup> Okolicsányi-Kuthy 1910, 7.

23. ábra Tbc-halálozás Magyarországon az 1920-as évek elején



(Forrás: Johan 1943, 784.)

24. ábra Tbc-halálozás Magyarországon az 1930-as évek végén



(Forrás: Johan 1943, 784.)

Budapest tbc-mortalitása európai viszonylatban véve rendkívül magas volt. A századfordulón az európai nagyvárosok közül *Prága*, *Szentpétervár*, *Párizs*, *Bukarest* és *Lemberg* produkált rosszabb mutatókat, az 1920-as évek közepén viszont egyes kimutatások szerint fővárosunk

már csak a spanyolországi *Sevillát* tudhatta maga előtt ebben a szomorú rangsorban.<sup>432</sup> A fővároshoz hasonlóan maga az ország is a legmagasabb tbc-halálozást mutató országok közé tartozott Európában. Az 1930-as években csak *Észtország*, *Finnország*, illetve az évtized elején *Izland*, a végén pedig *Portugália* és *Románia* mutatói voltak Magyarországnál rosszabbak.<sup>433</sup>

„A tuberkulózis nagy elterjedtségét szociális tényezők okozzák. Ezt régen állapították meg elfogulatlan kutatók és a tuberkulózist ezért egyesek lakásbetegségnek, mások a szegény néprétegek betegségének mondták, míg mások más szociális tényezővel hozták összefüggésbe.”<sup>434</sup> A rossz lakásviszonyok és a tbc-s megbetegedések közötti összefüggés közhelyszámba ment a korszak irodalmában. Pikler J. Gyula, majd az ő nyomán mások kimutatták a fővárosi lakások szobaszámának és a tüdővész megbetegedések összefüggéseit – az egyszobás lakásokban lakók körében a tüdővész-halálozás kétszer akkora, mint a háromszobás, ötször akkora, mint a négyszobás és hússzor akkora, mint a nyolcszobás lakásokban lakóknál.<sup>435</sup> Parassin József a lakáshelyzet alakulásával párhuzamosan változónak tekinti a budapesti tbc-mortalitás ügyét: a betegség visszaszorulását a lakáshelyzet javulásával, a szűk sikátorok eltűnésével magyarázza, az egészségügyi helyzetben beálló rosszabbodásokat pedig a városfelújítás, városrendezés időszakonkénti megtorpanásához köti.<sup>436</sup>

Szintén a rossz lakás- és életkörülményekben vélték megtalálni a szakemberek a vidéki, falusi tüdővész-halálozás fő okát. „A tuberculosis elterjedtségének főoka szerintünk a rossz lakásviszonyokban keresendő. A földes padlójú, nedves, egyáltalán nem vagy pedig elégtelenül szellőztetett, napfénytől elzárt, túlszűfolt, télen túlfűtött szobák melegágyai a tuberculosisnak. ... Járulékos ok: az utcák s udvarok sokszor szinte hihetetlen mennyiségű pora, az elégtelen, szabálytalan időközökben történő étkezés; a nehéz munka, mit gyakran végeznek serdülő gyermekek.”<sup>437</sup>

A vidéki lakosság tuberkulózis-fertőzöttségének középponti témává emelkedése bizonyos tekintetben a „beteg falu”-kép<sup>438</sup> szakmai jellegű operacionalizálásaként is értelmezhető. Az orvosi-egészségügyi szakma egy ténylegesen létező és komoly veszélyforrást jelentő

<sup>432</sup> Laky 1925, , Thirring 1926a, 552.

<sup>433</sup> Petrilla 1943, 131.

<sup>434</sup> Hahn 1917, 3

<sup>435</sup> Ferenczi 1917, 558.

<sup>436</sup> Parassin 1927, 769.

<sup>437</sup> Gaál – Stoll 1926, 1362.

<sup>438</sup> Saád 1997

betegségtípusban azonosította a vidéket sújtó egészségügyi problémák legnagyobbikát, és azt szakpolitikai érdeklődésének középpontjába állította, mondhatni elsődleges beavatkozási fókuszává tette.

Az orvosi irodalom a lakás-egészségügyi problémák kapcsán két fő jellemzőt, a túlszűfolttságot és az egészségtelen építkezési módot emelte ki. A túlszűfolttság a harmincas évekre annyira központi elemévé vált a vidéki lakásviszonyokról folytatott diskurzusnak, hogy még a népi szociográfiák átpolitizált látásmódjának „ellentételezését” célzó „hivatalos” szociográfusok is folyamatosan kiemelik a belső térhasználat ezen sajátosságát. Heller András Fejér megyei adatai szerint a cselédgyermek 30,8%-a 2–4, 69,2%-a 5–14 fővel lakik egy lakásban, mint a szerző kiemeli: nagyrészüket többedmagával fekszik egy ágyban.<sup>439</sup> Németh Andor megfigyelése szerint a Győr környéki mezőgazdasági munkások lakásaiban szobánként sokszor 8–10 ember alszik „egymás hegyén-hátán.” Általában 2–3 emberre jut egy ágy, de „gyakran ennél is rosszabbak az arányok”.<sup>440</sup>

A zsűfolttság egészségügyi szempontból a fertőződés veszélye, a betegségek gyors terjedése miatt jelenthetett komoly problémát. A téma azonban – mint arra a mentalitástörténet kutatói rámutatnak – egy szélesebb diskurzusnak is részét képezte. „A túlszűfolttság – kívülről szemlélve – elviselhetetlen létmód, kivált abban a korban, amikor a privatizálódás, a magánélet terének szigorú megkülönböztetése a nyilvános lét társadalmi terétől fokozott követelmény és széles társadalmi körök belső szükségletévé lesz.” – állapítja meg Gyáni Gábor.<sup>441</sup> Csakugyan: mind a falusi, mind a városi munkáslakások szociális és egészségügyi körülményeit bemutató középosztályi szerzők (szociális tanácsadók, orvosok, publicisták, szociográfusok) a mély döbbenet és az irtózás hangján írnak a nép lakásviszonyairól, az elviselhetetlen lakótömegről, az „eltűnő” erkölcsiségről, a zajról és a piszokról.

Norbert Elias szerint a 19. században a civilizációs folyamat új szakaszába lép; a viselkedés további csiszolása, finomítása helyett az intimitásra és a privát szféra kialakítására való „polgáris” hajlam jelenik meg és indul terjedésnek.<sup>442</sup> A magánszféra és a nyilvános szféra elkülönül, ez megnyilvánul a lakáshasználati, érintkezési módokban is. Az ideál azonban csak a felső és középső társadalmi rétegek számára volt elérhető. A munkásság illetve a parasztság életmódja, életvitele, lakáshasználati, térhasználati szokásai merőben eltérnek ettől, részben

---

<sup>439</sup> Heller 1937, 62–63.

<sup>440</sup> Németh 1937, 148–150.

<sup>441</sup> Gyáni 1992, 104.

<sup>442</sup> Elias 1987

anyagi okok, részben viszont mentalitásbeli különbségek miatt is. A középosztály számára a munkásosztály (vagy éppen a parasztság) életmódja idegen, „felháborodást, indulatot kiváltó”. A zsúfolt, (a középosztályi megfigyelő számára) bűdös nyomornegyedek, tömegszállások ismét csak a „normális”-tól való eltérés színterei lesznek. Az alsó osztályok, lakóhelyeik kapcsán a fertőzés veszélyét vizionálják a középosztály tagjai, a „civilizáció” hordozói. Az egészséges tér, az egészséges környezet megteremtése civilizációs feladatként jelentkezik, máshonnan nézve a „patologikus” elem „normálissá” tételét (ismét Foucault-t idézve normalizálását) célozza.<sup>443</sup>

A falusi lakásépítési módokról folyó diskurzusban, ha lehet, még jobban láthatjuk a középosztályi szemléletmódból kiinduló, azt orvosi-egészségügyi szakmai elemekkel társító normatív szemlélet hatását. „A lakás áll konyhából, mely azonban sosem szolgálja ezt a célt; belőle nyílik jobbról és balról egy-egy szoba. Az >>első ház<< rendesen fapadlós, két ablakú, tágas, a hátsó egy ablakú, földes és szűk szoba. Az elsőben játszódik le a keresztelő, a menyegző és a halotti tor: ez a >>tiszta szoba<<. A hátsóban zsúfolódik össze az egész család télen-nyáron, kettesével-hármasával egy-egy ágyban. Itt folyik a főzés is, embernek, állatnak, úgy, hogy télen a falak csepegnek a párától. A serdülő fiú alvó helye az istálló, és talán paradoxonnak hangzik: ez is egyik oka annak, hogy a férfiak között kevesebb a tuberculosiss, mert hamarabb kikerülnek a zsúfolt lakásból, melynek sötét zugában ott ül a végzet: a nagymama, aki >>makk egészséges<<, csak éppen 10–20 éve minden tavasszal és ősszel köp egy kevés vért és állandóan köhécselel s szórja, szórja a halált a gyermekekre s unokákra... A túlzásúfolt sötét kis szobában az ablak mindig zárva; télen a hideg, nyáron a sok légy miatt. A ház alatt pince nincs, azt külön építik az udvaron. Az ablakok kicsinyek és előttük széles tornác húzódik, úgyhogy a szobába mentül kevesebb napfény kerül.”<sup>444</sup>

A tbc terjedéséért a zsúfoltságból következő fertőzésveszély mellett a háziport, a nedves, szigetelés nélküli falakat, a kicsi ablakokat és a szellőztetés hiányát is okolták.<sup>445</sup> „A lakóhelyiségek s ezek tartozékai (ajtók, ablakok, stb.) szármalmas állapotban vannak gyakran; az ablakok nyitása-zárása sokszor nem lehetséges. A szoba földje vizes, nyirkos, úgyszintén a falak is. A lakás nedvességéből származó ártalmakat csak fokozza a lakószobában elhelyezett termény, amit kamra hiányában a gazdasági cseléd a lakásában tart el. A lakás nedvességének

---

<sup>443</sup> Goudsblom 1994

<sup>444</sup> Maixner 1927, 1271

<sup>445</sup> Például Kovacsics 1917, Gaál – Stoll 1926, Kovacsics 1927

oka a legtöbb esetben a vert- vagy vályogfalak szigetelésének hiánya.”<sup>446</sup> A földes padló, amely a falusi lakásokban általánosnak számított, az orvosok szemében a tbc kísérőjévé, mondhatni az elmaradottság jelképévé vált. „A lakás tisztántartása rendkívül hiányos. Abszolút struccz-politika érvényesül benne. A sputumot, baromfitól, háziállattól származott piszkot szétkenik csizmával, vagy behintik homokkal, s akkor – láthatatlan lévén – nem is létezik többé a számukra.” – írta a falusi higiénéről Váradi Sándor mocsai községi orvos.<sup>447</sup>

Nyilvánvaló, hogy a téma túlexponáltságában a középosztályi szemlélet által áthatott szerzők normativitása, „rácsodálkozása” és idegenkedése is benne rejlik. Nem véletlen, hogy a paraszti nyomort egyébként gyakran rendkívül plasztikusan bemutató népi írók közül nem a paraszti származású Kovács Imre, Illyés Gyula vagy éppen Veres Péter, hanem elsősorban a középosztályi családi háttérrel rendelkező Szabó Zoltán vagy Féja Géza munkáiban kap nagy hangsúlyt a falusi lakások egészségügyének tarthatatlansága.

„Lépcsőszerű lejtőn vájódnak odui a talajba... Az oduk belseje sötét és nyomott, alacsonyak és tetejük girbe-görbe, nagy bemélyedésekkel és kidomborodásokkal, néhol pléhvel, mely a mennyezetre szögeltetett, hogy a likacsos tető által áteresztett vizet a pléhlemez felfogja az ágy fölött. Ekképp a nedvesség nem az ágyra és az ágyban fekvőkre, hanem melléjük csurog. Van olyan ház, amelyik úgy fekszik a fölötté levő ucca alatt, hogy ablaka egy gödörre szolgál, mely mélyebben van az útnál. Tehát, ha elered az eső, a víz a domboldalon lecsurog az uccába, az uccáról belecsurog a gödörbe, onnan a >>lakás<< ablakán át a szobába. ... A falakon és a tetőkön, mint a nyomorúság sötét hullafoltjai barna nedvességekörök terjengenek...”<sup>448</sup> „A falakról hull a vakolat, a szobák mennyezete hólyagzik és repedezik. Beszúrom botomat a földpadlóba (deszkapadló sehol sincsen), hát mintha lekvárba mélyesztettem volna. ... Éjfélkor fekszem le, s három órákor felébredek. A fejem csupa víz, pedig nem izzadok. A levegő fojtogatóan dohos. Persze, közben kialudt a tűz, s lecsapódott a nedvesség, a harmat. Nem is bírok elaludni többé, reggelig köhögök. Akkor meg észreveszem, hogy teljesen nyirkos minden ruhám.”<sup>449</sup>

Ha a foglalkozási főcsoportok szerinti tuberkulózis mortalitást vesszük szemügyre, láthatjuk, hogy a legmagasabb tbc-mortalitást a *k.m.n. napszámosok* csoportja produkálta. A napszámosok csoportja volt talán a társadalom legrosszabb szociális körülmények között élő

---

<sup>446</sup> Szabados 1938, 922.

<sup>447</sup> Váradi 1928, 1215.

<sup>448</sup> Szabó é.n., 88–89.

<sup>449</sup> Féja 1934b

rétege. Szegénységükből, nyomorukból adódó hátrányaik általában a városokban élés élettani hátrányaival párosultak, így módon ez a réteg rendkívül kismértékben lehetett csak ellenálló a különböző fertőzőes megbetegedésekkel szemben. Ha ehhez hozzátesszük, hogy nagy valószínűséggel nyomortanyákon, ágy- és albérletekben éltek, akkor egyre jobban körvonalazódó képet kaphatunk a Pikler által megfigyelt rendkívül magas tbc-halálozást produkáló zsúfolt nagyvárosi lakások lakóiról.

**15. táblázat Magyarország tüdővész-halandósága foglalkozási főcsoportok szerint 1909–12-ben (ezer főre)**

	kereső férfi	kereső nő	eltartott férfi	eltartott nő
Őstermelés	4,01	6,49	1,5	3,31
Bányászat és kohászat	4,55		1,53	2,77
Ipar	4,91	3,99	1,34	2,63
Kereskedelem és hitel	2,95	2,16	0,82	1,47
Közlekedés	3,28	2,54	1,13	2,34
Közfoglalat	3,61	2,8	1,05	2,15
Véderő	0,9			2,37
Kmn napszámos	8,13	10,2	2,3	3,52
Házicseled	2,01	2,12	5,13	5,13
Egyéb és ism.	3,37	3,04	2,75	2,33
Összesen	4,11	5,16	1,51	3,03

(Forrás: Buday 1917)

Súlyos társadalmi problémát mutat a *házicseled* gyermekeinek kiemelkedő tüdővész-halálozása is (1909–12-ben mindkét nemnél 5,13%). A házicseled-gyermekek problémája nagyban köthető a törvénytelen gyermekek problémájához. A századelőn az összes törvénytelen gyermek közel fele, az két háború között közel harmada származott házicseled-



édesanyától. A teherbe esett és gyermeket szült cseléd nem tarthatta magánál szolgálati helyén a csecsemőt. Ha szerencsés volt, sikerült állami gyermekmenhelyre juttatnia, rosszabb esetben szülői családjához vagy bérdejkaságba adta. Gyáni Gábor adatai szerint 1927-ben a házicselédék 11%-ának volt gyermeke. A gyermekek 32,7%-át az anya szülei gondozták, 18,5%-ot egyéb rokonok gondjaira bízta. Állami gyermekmenhelyen 5,2%-ot tudtak elhelyezni, 28,6% ugyanakkor bérdeják kezére került. A gyermektartást alacsony havidíj fejében vállaló bérdejáknál elhelyezett csecsemők sorsa tragikus volt. A rossz körülmények, elégtelen ellátás és gondozás miatt nagy többségük az 1 éves életkort sem érte meg.<sup>450</sup>

**16. táblázat Magyarország összes tbc-halálózása foglalkozási főcsoportok szerint (ezer főre)**

	1920–23	1920–23	1930	1930
	férfi	nő	férfi	nő
Őstermelés	2,6	3,1	1,7	2,1
Bányászat és kohászat	3,3	3,6	1,4	1,8
Ipar	4,2	3,2	3	2,1
Kereskedelem és hitel	2,9	2	2	1,3
Közlekedés	3,1	3	1,9	1,6
Közfoglalkoztatás	3,1	2,4	2,1	1,7
Véderő	1,1	2,1	0,7	1,8
Kmn. napszámos	9,2	7,7	7,2	4,8
Házicseléd	2,8	3,2	1,7	1,4
Egyéb és ism.	2,6	2,2	2,1	1,8
Összesen	3	3,1	2	2

(Forrás: Szél 1931, 767.)

<sup>450</sup> Gyáni 1983, 213–216.

Többen is foglalkoztak az iparos népességen belül az egyes konkrét iparos-foglalkozásokat űzők tbc-megbetegedési és -halálozási jellemzőivel. Hahn Dezső 1911-es adatok alapján a *jutagyi munkások*, a *könyvkötők*, a *fazekasok*, *cipészek*, *szabók és varrónők* és a *borbélyok* magas tbc-mortalitási arányát emelte ki.<sup>451</sup> 1930–31-ben ugyancsak a *borbélyok*, *fodrászok*, *cipészek*, *csizmadiák*, a *szabók és varrónők*, valamint a *kovácsok*, *lakatosok*, *gépészek* és az *asztalosok*, *ácsok*, *bognárok* foglalkozásokat űzők emelkedtek ki a sorból.<sup>452</sup> Az egyes iparos kategóriák kiemelkedő tbc-halálozására több magyarázatkísérlet is született. Szél Tivadar és Hahn Dezső egyes gyári munkások, könyvkötők esetében a nagymennyiségű porbelégzést okolja, mások az általános higiénés hiányosságokat, a rossz szociális körülményeket tartják döntő jelentőségűnek.<sup>453</sup> Buday László a borbélyok magas tüdővész-halálozási arányát a munkájukból fakadó állandó fertőzésveszéllyel, a cipészek, varrónők magas tbc-megbetegedési esélyét pedig nyomorúságos életkörülményeikkel magyarázza.<sup>454</sup>

Foglalkozási főcsoporton belüli különbségek természetesen máshol is előfordulnak. Buday rámutat, hogy a *közlekedési tisztviselők* körében komoly különbségek vannak *postai* és *vasúti* alkalmazottak között. Míg a *vasúti tisztviselők* tüdővész-halandósága 2,81%, addig ez az érték a *postatisztviselőknél* közel duplája: 4,59%. Nyilvánvaló – mondja Buday – hogy az eltérő munkakörülmények játszanak közre; a sok emberrel érintkező, zárt helyen tartózkodó postai hivatalnok jobban ki van téve a tbc-fertőzésnek.<sup>455</sup> Az *őstermelés* foglalkozási ágba soroltak között ugyanakkor szemmel láthatóan a szociális körülmények a döntőek a tüdővész-halálozás szempontjából. Ezer *középbirtokos* férfira 1,86 tüdő-tbc miatt elhalt jutott, ugyanakkor ezer *kisbirtokosra* már 5,16, ezer *kisbirtokos kereső nőre* 8,36. A *mezőgazdasági munkás* férfiak és nők körében az arány már 6,45 illetve 9,34%.<sup>456</sup>

<sup>451</sup> *jutagyi munkások* (13,9‰), *könyvkötők* (6‰), *fazekasok* (4,2‰), *cipészek* (3,9‰), *szabók és varrónők* (3,9‰), *borbélyok* (3,8‰) (Hahn 1917, 8–10.)

<sup>452</sup> *borbélyok*, *fodrászok* (3,05‰), *cipészek*, *csizmadiák* (3,35‰), *szabók és varrónők* (2,55‰), *kovácsok*, *lakatosok*, *gépészek* (2,58‰), *asztalosok*, *ácsok*, *bognárok* (2,44‰) (Szél 1936a, 219.)

<sup>453</sup> Szél 1930, 156, Hahn 1917, 11., Laky 1925, 205., Szabó 1918, 8.

<sup>454</sup> Buday 1917, 26

<sup>455</sup> Buday 1917, 27.

<sup>456</sup> Buday 1917

A kezdődő tuberkulózisban (korabeli elnevezésén tüdőcsúcshurutban) szenvedő lakosság is nagy egészségügyi problémát jelentett.<sup>457</sup> A tüdőcsúcshurutos népesség 1920-as összeírása során országosan 17,9%-os betegségi arányt regisztráltak. A törvényhatósági jogú városok ebben a tekintetben is rosszabbak voltak a vármegyénél (34,5 illetve 13,9%). A legtöbb beteget a városok közül *Budapesten, Miskolcon, Győrben, Debrecenben* (27%) és *Szegeden*, a vármegyék közül pedig *Pest–Pilis–Solt–Kiskunban, Csongrádban, Esztergomban* és *Veszprémben* regisztrálták.<sup>458</sup> A tüdőcsúcshurut 1923–27-ben a betegsegélyző munkáspénztárak körében biztosítottak 2%-ánál okozott munkaképtelenséggel járó megbetegedést, a budapesti egyetemi és főiskolai hallgatók 1924–25-ben pedig 7,7%-ban szenvedtek tüdőcsúcshurutban.<sup>459</sup>

A 90.993/1906.BM sz. rendelet felhívta a törvényhatóságokat tuberkulózis szabályrendeletek alkotására, és a hatósági orvosokat kötelezzék a gümőkóros betegek lakásváltoztatásának illetve elhalálozásának bejelentésére. A nyílt gümőkór a 191.049/1912.BM, majd a 36.500/1930. NMM rendelet szerint a bejelentésre kötelezett fertőző betegségek közé tartozott.<sup>460</sup> A tbc elleni védekezést ágazatonként eltérő szabályozással szervezték a honvédségben, a börtönökben, az ipari létesítményekben, a hivatalokban, iskolákban, stb.<sup>461</sup>

A tüdőbeteg-gondozást 1936-ig több közület és egyesület végezte, általában állami és törvényhatósági támogatással. A munka irányítását a Tuberkulózis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága végezte. 1936-ban a bizottságot megszüntették, a tbc elleni védelem irányítását és szervezését pedig a tbc-gondozási alosztályra bízták. A védekező munka egységesítésének szimbolikus jeleként a tbc-prevenció szolgálatában álló *Tuberkulózis*, valamint az ugyanilyen tárgyú *Tüdőbeteggondozás és Tuberkulózis* című lapokat egyesítették, és 1937-től *Tuberkulózis Elleni Küzdelem* címen adták ki.<sup>462</sup>

Az 1940:VI. törvényben állami feladattá emelték a tuberkulózis elleni védekezést, a tbc (minden esete) bejelentésre kötelezett betegség lett. A bejelentési kötelezettségen túl a

---

<sup>457</sup> A tuberkulózis-fertőzés kezdeti szakaszában a baktériumok legtöbbször a tüdőcsúcsban megtelepedve hoznak létre gócot, itt indulnak szaporodásnak. A tisztán pulmonáris tuberkulózison túl a fertőzés más testrészekre is kiterjedhet. Az 1939-es adatok szerint a gümőkórban elhunytak 84,3%-ánál a tüdő, 8,6%-nál az agyvelő és a központi idegrendszer, 2,3%-nál a bél és a hashártya, 1,9%-nál a bőr, 0,6%-nál a csontrendszer, 0,1%-nál pedig a nyirokmirigyek fertőzése volt a halálozási ok. (Szél 1940a, 564–56)

<sup>458</sup> *Budapest* (42,3%), *Miskolc* (29,5%), *Győr* (27,2%), *Debrecen* (27%), *Szeged* (25%); *Pest–Pilis–Solt–Kiskun* (22,5%), *Csongrád* (15,6%), *Esztergom* (15,4%), *Veszprém* (15,3%) (Magyar Statisztikai Évkönyv 1927, 15.)

<sup>459</sup> Szél 1930, 150. Illyefalvi 1935, 1073.

<sup>460</sup> A 191049/1912.VII.BM rendelet a bejelentés elmulasztását pénzbüntetéssel szankcionálta.

<sup>461</sup> Kerbolt 1944, 69–70.

<sup>462</sup> Bakács 1959, 217–218.

rendeletek a gümőkórban szenvedő beteg kötelező gyógykezelését is előírták. Aki saját magán a tuberkulózis jeleit vette észre, köteles volt orvoshoz fordulni, a munkaadó, a hivatali főnök, illetve a munkavállalók vagy alkalmazottak közvetlen felügyeletével megbízott személy pedig – ha a munkavállaló vagy alárendelt gümőkóros megbetegedése a tudomására jutott – köteles volt őt figyelmeztetni, hogy gyógykezeltesse magát. Bizonyos munkakörök betöltését tuberkulózisban szenvedő egyének számára megtiltották – így nem dolgozhattak az egészségvédelmi-, a gyermekvédelmi- vagy a bábaszolgálatnál, óvodákban vagy iskolákban, az élelmiszeriparban illetve bizonyos szolgáltatási ágakban.<sup>463</sup> A házasság előtti kötelező orvosi vizsgálatról szóló törvény (1941:XV. tc.) fertőzőképes tbc-s beteg számára megtiltotta a házasságkötést.<sup>464</sup>

### *Hastífusz és vérhas*

A korszak fertőző betegségei közül a tuberkulózis után elsősorban a főleg higiéniai hiányosságokkal összefüggő hastífusz és a vérhas, valamint a különböző „gyermekfertőző” betegségek okozták a legtöbb problémát. Az egyes fertőző betegségek által okozott halálozásokat tekintve a tbc után második helyen a hastífusz (typhus abdominalis) szerepel.<sup>465</sup>

A víznek a fertőző betegségek terjesztésében játszott szerepének felismerése játszott közre a korábbiakban már említett Székesfővárosi Bakteriológiai és Közegészségügyi Intézet 1893-ban kezdett rendszeres vízvizsgáló munkájának megszervezésében. A fokozottabb figyelemnek köszönhetően a következő években számos nagyobb helyi járványról is maradtak feljegyzések, így az 1896-os szerbaradácsiról, az 1899-es pécsiről, a századfordulót követően pedig az 1908-as szombathelyiről és az 1909-es tatabányairól.<sup>466</sup>

---

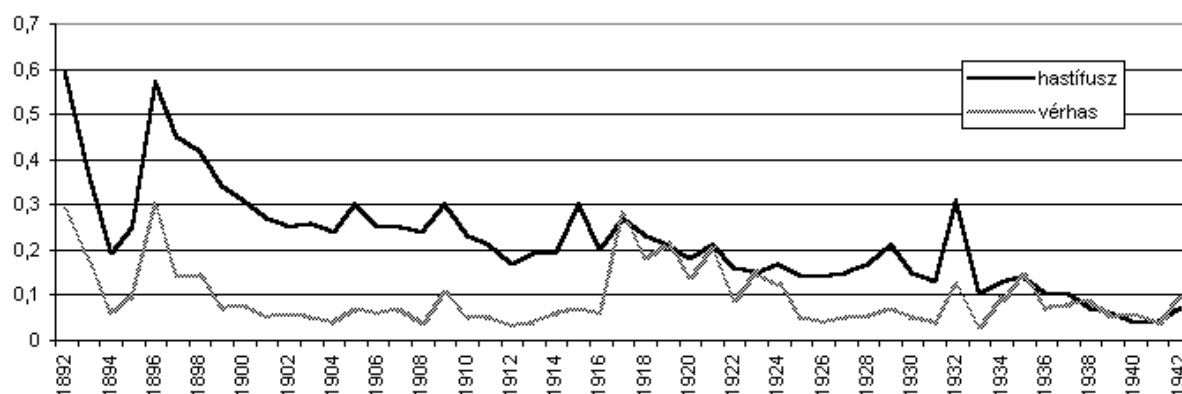
<sup>463</sup> Kerbolt 1944, 71–73.

<sup>464</sup> *Magyar Törvénytár. 1941. évi törvénycikkek.* Budapest, 1842. Franklin Társulat. 56.

<sup>465</sup> Fekete 1874, 78. Az elsősorban fertőzött (ivó)vízzel, élelmiszerrel (pl. tejjel), illetve emberi bacillusgazdák révén terjedő betegség a 19. században lokális járványok formájában jelentkezett. A 19. század első nagyobb említett hastífuszjárványa Győr városában zajlott le az 1842-es év folyamán. Igazán exponált kérdéssé a hastífusz csak a 19. század utolsó évtizedében vált – mind diagnosztikája, mind kóroktana ekkorra tökéletesedett ki. A betegséget csak a 19. század közepén tudták elkülöníteni a kiütéses tífusztól, kórokozóját pedig 1880-ban fedezték fel. (Hardy 2001, 25.)

<sup>466</sup> Rigler 1895, 277., Rigler 1929, 411.

25. ábra A hastífusz- és a vérhas-halálozás arányának alakulása Magyarországon (ezer főre)



(Forrás: Magyar Statisztikai Évkönyv 1901–42., Szél 1930.)

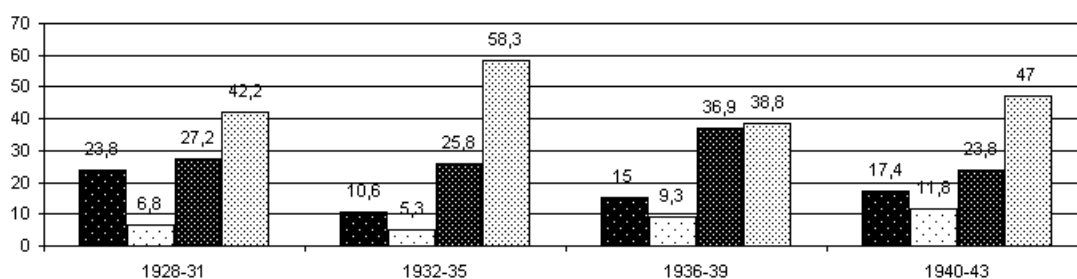
Ha szemügyre vesszük a hastífusz- és vérhasmortalitási adatokat bemutató ábrát, láthatjuk, hogy míg előbbi mutató összességében tekintve megszakításokkal ugyan, de csökkenő tendenciát mutat, addig a vérhas által okozott halálozások aránya nem csökken, sőt inkább emelkedésről lehet beszélni. Erőteljes növekedés elsősorban a háborús és az azt követő években, majd a 30-as évek második felében látható. 1932-ben súlyos vérhas- és hastífusz-járvány pusztított Magyarországon.<sup>467</sup> A vérhas-halálozások növekvő arányában ismét elképzelhető, hogy a haláloki statisztika, illetve a diagnózisok pontosabbá válása is közrejátszott.

Bár a vérhas-halálozás néha megközelítette, sőt egy-két évben meg is haladta a tífuszmortalitást, az igazi nagy problémát mégis ez utóbbi betegség periodikus jelenléte jelentette. Mindkét kór tipikusan szezonális jellegű volt: nagyarányú jelentkezésük a nyár végi hónapokra, csúcspontjuk pedig őszi esett. Fontos különbség a két betegség között, hogy míg a hastífusz-halálozás elsődlegesen a produktív korú, 15–59 éves népességre volt jellemző (1927-ben az összes hastífuszban elhaltak 79,8%-a volt ilyen korú – ez a teljes azonos korú népességre vonatkoztatva 0,2‰-es halálozást jelent), addig a vérhasban elhaltak inkább az 1 éven aluli csecsemők és az 1–6 éves gyermekek csoportjából kerültek ki (1927-ben az összes vérhasban elhaltak 26,4 illetve 35,6%-a ).<sup>468</sup>

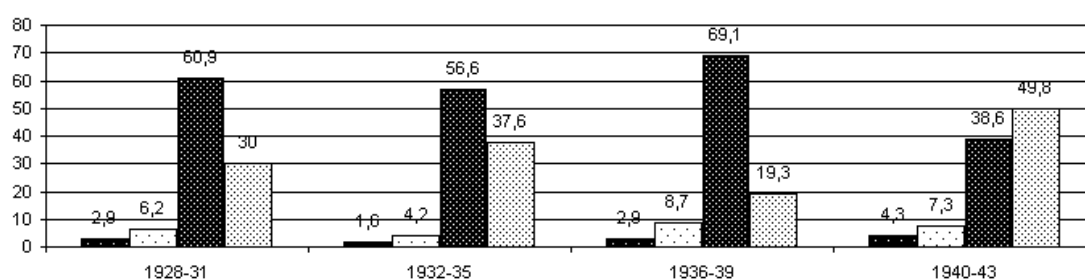
<sup>467</sup> Petrilla 1943, 129.

<sup>468</sup> Szél 1930, 345.

**26. ábra A hastífusz-halálozás negyedéves megoszlása százalékokban**



**27. ábra A vérhas-halálozás negyedéves megoszlása százalékokban**



(Forrás: *Statistikai Negyedévi Közlemények, 1928–1943.*)

A tífuszjárványok a fertőzések forrásai alapján több csoportra oszthatók. Legfőbb veszélyforrást a víz fertőzöttsége jelentette. „Amikor... valahol a lakosság nagy tömege rövid időn belül betegszik meg tífuszban, olyankor szinte megdönthetetlen bizonyossággal az ivóvíz fertőzöttségében kell a járvány okát megjelölni” – jelentette ki az 1926-os Közegészségi és Társadalompolitikai Országos Értekezleten Gerlőczy Zsigmond, a PPTE Orvosi Karának tanára.<sup>469</sup> A nyitott vagy rosszul szigetelt kutak, rossz állapotú vízvezetékek gyakran a szennyvíz és az ivóvíz elkülönítésének hiányosságai, más esetben talajvíz vagy trágyalé beszivárgása, esetleg az esővíz által a kutakba hordott anyagok által fertőződtek meg. A Debrecen kertesházasi övezetében állandóan fellépő tífuszjárvány okát például egy központi helyen lévő, közkedvelt kút rossz tömítése okozta, miáltal a nagyobb esőzések után rendszeresen szennyvíz szivárgott annak aknájába.<sup>470</sup> A vizsgálatokat végző szakemberek gyakran egy-egy adott település vagy településrész minden kútját fertőzöttnek találták.<sup>471</sup> Az ivóvíz bakteriális fertőzöttsége egyébként nemcsak a tífuszjárványok, hanem a nyári hőségben

<sup>469</sup> Gortvay–Parassin 1927, 176.

<sup>470</sup> Karossa-Pfeiffer–Réthy 1937, 1068–1081.

<sup>471</sup> Görgey 1926, 823., Petrilla–Stiller–Horváth 1935

aratómunkát végző, kevesebbet étkező és több vizet fogyasztó mezőgazdasági munkások között gyakran előforduló, nemegyszer egész munkáscsoportokat ledöntő járványszerű hasmenések jelentkezéséért is felelős volt.<sup>472</sup>

Magyarországon a városok és községek ivóvízellátásának ügye csak a kiegyezést követően jelent meg az egészségpolitika kérdései között. 1867 előtt a vízellátási rendszer kiépítése néhány hegyi forrás vizének levezetésére korlátozódott. 1867-ben kezdett épülni Pest város központi vízvezetéke. A város lakossága eddig szűrt nyers Duna vizet, illetve ásott kutakból származó vizet fogyasztott.<sup>473</sup> Az 1880-as években Győr, Besztercebánya és Pozsony magánvállalkozás keretében építtette ki vízvezeték-rendszerét. A szerződések értelmében az építést végző vállalkozók 50–60 évi koncessziót kaptak a városoktól a vezetékes ivóvíz szolgáltatására. A lakosság önkéntes alapon csatlakozott. A jó minőségű vezetékes víz hamar közkedvelt lett – Győr és Besztercebánya már néhány év után a beruházási összeg duplájáért megváltotta és saját kezelésébe vette a vízművet és a vezetéket.<sup>474</sup>

Az 1890-es években nagy élénkülés tapasztalható: 1890-ben megkezdődtek a káposztásmegyeri nagy vízmű építési munkálatai, a vidéki városok közül többek között Veszprém, Pécs, Sopron, Temesvár és Nagyvárad kezdte kiépíteni saját vízvezetékét. A Földművelésügyi Minisztériumban kultúrmérnöki hivatal létesült – itt véleményezték a vízművek, vízvezetékek, közutak, csatornák építési terveit, ellenőrizték a megvalósítás menetét és az üzemben tartást.<sup>475</sup> A vízvezeték-építési konjunktúrának az első világháború vetett véget. A munkálatok megálltak, a félkész létesítmények pusztulásnak indultak. A háborút követő évek gazdasági válsága nem kedvezett az építési beruházások ügyének. Újabb fellendülésre 1925 után került sor: a konszolidálódó gazdasági viszonyok között ismét mód nyílt hitelfelvételekre, a községek pénzügyi mozgástere kibővült. A húszas évek második felében Szekszárd, Kispest, Pesterzsébet, Esztergom, Gyöngyös és Eger is megkezdte vízvezeték-hálózatának kiépítését.<sup>476</sup> Az első világháború utáni években jelent meg a klórral való sterilizálási eljárás – az Amerikában kidolgozott módszer azonban Magyarországon csak mérsékelt sikert és támogatást könyvelhetett el.<sup>477</sup>

---

<sup>472</sup> Bielek 1936

<sup>473</sup> Szarvasy Imre előadása. In Gortvay – Parassin 1927, 335.

<sup>474</sup> Pirovits 1903, 15., Virágh Lajos főmérnök jelentése a pozsonyvárosi vízvezetékéről. In *A vízvezeték és a csatornázás kérdése Aradon*. Arad, 1887. 61–66.

<sup>475</sup> Hahn 1960, 61.

<sup>476</sup> Szarvasy Imre előadása. In Gortvay – Parassin 1927, 335.

<sup>477</sup> Szarvasy Imre előadása. In Gortvay – Parassin 1927, 337., Gortvay 1926.

A vízvezetékek kiépítése során az építők többféle vízszelési lehetőséget használtak ki. Szolnok 1905 körül épült vízművében Tisza-vizet szűrték és tisztítottak. A felszíni vizekkel való ellátás természetesen a folyók illetve tavak mentén fekvő települések számára kínált reális alternatívát. A folyó menti falvakon és városokon kívül néhány Balaton-parti üdülőtelepülés is a vízszelés ezen módját választotta. A hegyvidéki területeken a forrásvíz felhasználása volt a leggyakoribb. A legnagyobb forrásvízre alapozott vízvezeték Pécsnek, Miskolcnak, Pápának és Veszprémnek volt. A forrásvíz felhasználása az olcsó eljárások közé tartozott – hátránya a könnyű elszennyeződés és a vízmenyiség ingadozása volt. A forrásvíz fogyasztása Magyarországon az első világháború után – a nagy hegyvidékek elcsatolása miatt – veszített jelentőségéből.<sup>478</sup>

Az ivóvízszelés leggyakoribb módja a talajvíz szűrése és tisztítása volt. Talajvizet szolgáltatott az ásott aknás kutak, a mélyfúrású kutak, és több vízvezeték is erre a vízszelési módra épült. A talajvízzel való vízellátás nagy veszélye a könnyű fertőződésben rejlett. A talajvizet könnyen elszennyezheték a különböző felszíni létesítmények – árnyékszék, szennyvízkifolyó, trágyadomb, ipari létesítmény –, a beszivárgó csapadékvíz, a közeli folyóvíz. Folyók és tavak közelében fekvő települések talajvize általában fogyasztásra alkalmatlan volt. Az ország lakosságának túlnyomó többsége talajvízből nyerte ivóvizét – a Dunántúlon és a Duna-Tisza-közén az aknás kutak, a Tiszántúlon a mélyfúrású kutak terjedtek el.

1911-ben belügyminiszteri rendelet a községeket tette felelőssé a lakosság vízellátásáért. A törvényhatóságok kötelezheték a községeket kútlétesítésre, a községek pedig a szabályozás értelmében anyagi támogatást és műszaki segítséget igényelhettek a munkálatokhoz.<sup>479</sup> A falvakban létesített közkutak egészségügyi szempontból meglehetősen kedvezőtlennek bizonyultak. Bár 1921-ben elrendelték, hogy minden közkutat fedéllel kell ellátni, a nem megfelelő szerkezet, az építési fogyatékoságok a kutak könnyű elszennyeződéséhez vezettek. Az egészségügyileg megfelelő kutak létesítésében az egészségügyi hatóságon kívül a szakmérnökökre is nagy szerep hárult. A kútlétesítésre juttatott összegek 1925 után jelentősen megemelkedtek. A kormány az évi beruházási keretből az 1926–27-es költségvetési évben 160, 1927–28-ban 150, 1928–29-ben pedig 500 ezer pengőt fordított a községek

---

<sup>478</sup> Szarvasy Imre előadása. In Gortvay – Parassin 1927, 336.

<sup>479</sup> Melly – Zuckermann 1931, 64–66.



vízszerezésének támogatására – a négy év alatt 90 község kapott 1000–8000 P segélyt kútúrásra, illetve 10–30 ezer P segélyt vízvezeték-építésre.<sup>480</sup>

A trianoni országterület lakosságának 20%-át vízművek, 2%-át helyi vízvezetékek látták el, 78%-a pedig kútvizet fogyasztott.<sup>481</sup> A kútlétesítés menetének megváltozása, az egészségügyi előírások szigorúbbá válása az Országos Közegészségügyi Intézet vízvizsgáló munkálatainak megkezdését követően vált elkerülhetetlenné. Az Intézet 1929-ben kapott állami megbízást a falusi ivóvízhelyzet feltárására. Az OKI műszaki tanácsosa, Czárán Péter a két háború közötti hazai preventív egészségügy más fő alakjaihoz hasonlóan ugyancsak a Rockefeller-ösztöndíjasok közül került ki. 1925-ben hathónapos ösztöndíjjal az Egyesült Államokban, a Harvard Egyetemen járt, fő kutatási területét az ivóvíz- és a szennyvíztisztítási, az ivóvízszerezési eljárások adták. Tapasztalatairól az Egészségügyi Reformiroda kiadványaiban, majd a Népegészségügyben is beszámolt. A víztisztítást, az egészséges ivóvíz biztosítását amerikai tapasztalatai nyomán a legalapvetőbb egészségügyi feladatnak tartotta. Mint úti beszámolójában írja: „Az Egyesült Államok egészségügye terén az utóbbi évtizedek alatt észlelhető szembeötlő javulás szoros összefüggésben van azzal, hogy a lakosságnak egészséges ivóvízzel való ellátására, mint az egészségügy legfontosabb factorára hihetetlenül nagy súlyt helyeznek.” A hazai feladatok között az ivóvízellátás javítása és a szennyvíztisztítás modernizálása mellett az egészségügyi mérnökképzés bevezetését is szorgalmazta.<sup>482</sup>

A gödöllői mintajárás egészségügyi személyzetének is egyik első teendője közé tartozott a községi kutak állapotának felmérése. A vizsgálatok után a kutak 80%-ának vizét minősítették ivásra alkalmatlannak.<sup>483</sup> Nógrád-Hont megye 642 közkútjából 104 vize volt jó, 192-é javítható.<sup>484</sup> Az OKI 1929 és 1938 között összesen 29073 falusi kút (ebből 12226 közkút) vizét vizsgálta meg, és mindössze 30%-ukét találta fogyasztásra alkalmasnak.<sup>485</sup> Az ország nyugati részében, Sopron megyében a vizsgálatok 11 község vizét találták fertőzöttnek és fogyasztásra alkalmatlannak. A községekben a rendkívül magas talajvíz ellenére egyáltalán

---

<sup>480</sup> Dréhr 1929, 14.

<sup>481</sup> Jendrassik 1942, 738.

<sup>482</sup> Czárán 1926, 373-379.

<sup>483</sup> Stoll 1930, 738.

<sup>484</sup> Kovách 1933, 755. Nem kapott jobb eredményeket Somogyban Nádújfalvy József és Baranyában Vidákovich Lajos sem. (Nádújfalvy 1939, 29. Vidákovich 1930, 1261.)

<sup>485</sup> Johan Béla még hozzáteszi, hogy a nemzetközi standardnál enyhébb megítélést alkalmaztak, ellenkező esetben ugyanis csak kb. 15%-ot lehetett volna elfogadni. (Johan 1938, 448.)

nem voltak mélyfúrású kutak, a vizet mindenhol a talajból fertőzött felszíni kutakból nyerték.<sup>486</sup>

Az OKI hivatalos megállapítása szerint egy falu lakosságát akkor lehetett „kútvízzel jól ellátottnak” nevezni, ha ezer lakosonként legalább egy közkút állt rendelkezésre, és az egyik háztól sem volt távolabb 500 méternél.<sup>487</sup> Az 1941-es népszámlálási adatok szerint csak az összes vidéki lakóház 4,9%-ánál kellett a vizet 500 méteren túlról beszerezni, 100 métertől 500 méterig terjedő távolságban volt ellenben a víznyerőhely a házak 17,2%-ától.<sup>488</sup> A községi vízellátás legfőbb problémája a vízvezeték hiánya volt, ennek kiépítése 1938-ban hozzávetőleges számítások szerint több százmillió pengőbe került volna.<sup>489</sup> „Ma nem gondolhatunk arra, hogy falusi lakosságunkból kb. 5 millió ember ivóvízszükségletét vízvezetékéből láthassuk el, mint egyedüli megoldás a kutak útján való vízellátás marad.”<sup>490</sup>

A kútlétesítésnek az 1928 után meginduló vizsgálatok eredményeinek hatására komoly feltételei lettek. Bár nem csak artézi kutak, hanem kellő mélységig ásott aknás kutak telepítését is engedélyezték és javallották, a munkálatokat minden esetben a tisztiorvos részvételével tartott helyszíni szemlének kellett megelőznie.<sup>491</sup> Az ily módon létesített kutakat zöld keresztet „Jó ivóvíz” feliratú táblával látták el, törzskönyvezték, vizüket évente kétszer újraellenőrizték.<sup>492</sup> Mindez komoly javulást eredményezett: az OKI 1938 végén 1534 „zöldkeresztet” kutat tartott nyilván.<sup>493</sup> 1942-ben jelent meg az első magyar vízszabvány, amely szigorú előírásokat hozott az ivóvíz fogyaszthatóságával kapcsolatban – megszabta a kiszűrt üledék, a baktériumok és a szerves anyagok cm<sup>3</sup>-enkénti maximumát.<sup>494</sup>

Mivel a megvizsgált és rossz minőségűnek talált kutak jelentős része a világháború utáni program keretében létesült, a kormány a tárcahitelből egyre nagyobb részt juttatott az OKI-nak. 1936-tól a teljes ivóvízszerezési hitelösszeget az OKI számára folyósították. 1936-ig az OKI évi 15–20 kutat létesített, 1936-ban ez a szám 159-re, 1937-ben pedig már 256-ra nőtt.

---

<sup>486</sup> Soproni 1940, 208.

<sup>487</sup> Johan 1938, 449.

<sup>488</sup> *Az 1941. évi népszámlálás 5. Lakóház és lakásadatok községek szerint.* Budapest, KSH. 1982. 15.

<sup>489</sup> Johan 1938, 447.

<sup>490</sup> Johan 1939, 171.

<sup>491</sup> Az ügymenet első lépéseként a község kérvényt küldött az OKI Vízügyi Osztályának. A Vízügyi Osztály az előzetes tájékozódás után helyszíni szemlét végzett, amelyen az OKI mérnöke, az OKI higiénikusa, az illetékes tisztiorvos, a községi orvos, a községi jegyző és a bíró vett részt. A helyszíni szemle során kijelölték a kút leendő helyét. A munkálatokat ekkor az OKI Mérnöki Osztálya vette át, elkészítette a terveket és megvalósítás végett kiadta az OKI-val szerződött mintegy 30 vállalkozó valamelyikének. (Johan 1939, 176.)

<sup>492</sup> A megfelelő vízminőségű kutak jelzése amerikai mintára történt. (Czárán 1926, 372.)

<sup>493</sup> Johan 1939, 172–182.

<sup>494</sup> Dabis 1948, 2–4.

1938-ban a mérnökök bevonultatása miatt visszaesett a kútlétesítés volumene, 1940-re az OKI által létrehozott kutak száma ezzel együtt is meghaladta az 1200-at.<sup>495</sup>

A hastífusz terjedésére, a fertőző források lehetséges körére vonatkozóan sokáig nem alakult ki egységes álláspont, a kutatások első fázisa – mint az a beszámolókból, ismertetésekből is látható – ezzel a kérdéssel foglalkozott. A csatornázás hiányosságai és a tifusz- és vérhas járványok kitörése közti összefüggésekre sok szerző felhívta a figyelmet.<sup>496</sup> Közegészségügyi szempontból sok probléma forrásául szolgáltak a mezőgazdasági vándormunkások, summások csoportjai is. Rendezetlen, zsúfolt szálláshelyeik, rossz életkörülményeik miatt a különböző fertőzések, többek közt a tifusz és a vérhas potenciális áldozatai, vándor életmódjuk következtében pedig a különféle betegségek elsőrangú hordozói voltak. „A summások hazatérése után a hasi-hagymázás megbetegedések száma a községben hirtelen gyarapszik, mert a summások között a rossz higiénés viszonyok következtében a tifusz gyakori. Ezeknek egyrésze betegen haza vánszorog, másik része gyógyulva és esetleg mint bacillusgazda tér vissza falujába.”<sup>497</sup>

A fővárosban többször is a vidékről feljáró vándor tejárusoktól, az úgynevezett „milimáriktól” vásárolt termékek okoztak kisebb lokális, egy-két családra vagy egy-egy kerületre kiterjedő tifuszjárványokat.<sup>498</sup> Szeged városában két jól körülhatárolható társadalmi csoport, az alsóvárosi szegények és a szegedi helyőrség egyes alakulatai körében jelentkeztek rendszeresen tifuszos megbetegedések. A jelenség okát sokáig nem sikerült megmagyarázni, végül kiderült, hogy a Tisza egy szakasza felelős mindkét endémiáért. A szegedi utászok vízi hadgyakorlatának színhelye a városból beömlő szennyvízvezetéktől délre lett kialakítva; a szerves anyagokban bővelkedő víz miatt ezen a szakaszon volt legsűrűbb a halállomány: az alsóváros szegényei is innen egészítették ki étrendjüket illetve keresetüket. Az erősen fertőzött vízzel való érintkezés mindkét csoportban tömeges tifuszjárványokat eredményezett.<sup>499</sup>

Magyarországon (1930-tól) mind a hastífusz, mind a vérhas a bejelentésre kötelezett fertőző betegségek közé tartozott. Az ellenük való védekezés lehetőségét sokáig az általános higiénés ismeretek bővítésében, a közállapotok javításában látták az illetékesek. A védekezésről szóló

---

<sup>495</sup> Jendrassik 1942, 739. Az összes kutat nem tudták összeírni, de becslések szerint az 1930-as évek végén mintegy 600 ezer kút volt az országban, ebből 25 ezer közkút, illetve nagyobb számú ember által használt kút. (Johan 1939, 172.)

<sup>496</sup> Gáll 1938, 715–717., Bakó 1939, 853., Benyó 1941, 278–279.

<sup>497</sup> Saád 1941a, 304.

<sup>498</sup> Tóth 1933., Joós 1934., Horváth – Petrilla – Stiller 1935., Petrilla 1936

<sup>499</sup> Rosztóczy–Hernádi 1935

belügyminiszteri rendeletek is leggyakrabban ezen aspektusokat helyezik előtérbe a betegek kezelésére, elkülönítésére, stb. vonatkozó szabályozások mellett. (212.000/1933 BM, 247.000/1938 BM)<sup>500</sup>

A hastífusz elleni oltóanyag kikísérletezése a harmincas évek elején indult meg,<sup>501</sup> 1933-tól megkezdtek a veszélyeztetett néprétegek tífusz elleni védőoltását.<sup>502</sup> Az 1933-as rendelet szerint mindazon községekben, ahol kettőnél több tífuszeset fordul elő, javasolt a fertőzésveszélynek kitett lakosság védőoltása. Mivel a rendelet nem tette kötelezővé az oltást, azt csak néhány törvényhatóság (elsőként az erősen fertőzött *Debrecen*, *Szeged* és *Hajdú vármegye*) alkalmazta következetesen. 1937-ben már az első kísérleti eredményekről számoltak be a tudósítások.<sup>503</sup> Az oltóanyag-termelés rendszeressé válását a tífusz elleni kötelező védőoltások rendeleti szabályozása is szükségessé tette, a harmincas-negyvenes évek fordulójáról már a csapadékos oltóanyag nagy mennyiségű előállításának és gyakorlati alkalmazásának lehetőségei és az ettől várható eredmények képezik a hastífusszal foglalkozó írások központi témáját.<sup>504</sup>

Ezek az oltási akciók pozitív hatásáról számoltak be: a járványok kisebb intenzitásúak, szűkebb kiterjedésűek lettek.<sup>505</sup> Az 1936:IX. törvény felhatalmazta a belügyminisztert arra, hogy a hastífusz megelőzése érdekében a fertőzött lakosság körében elrendelje a kötelező védőoltást. Ennek alapján a 247.000/1938. BM rendelet kötelezővé tette mindazok beoltását, akik hastífuszban szenvedő vagy arra gyanús beteg vagy bacillusgazda környezetéhez tartoztak, akik tífuszos beteggel az elkülönítési idő (karantén) letelte előtt érintkeztek, akik vele megbetegedésekor közös munkahelyen dolgoztak. Községekben be kellett oltani a szomszédos házakban lakókat, tanyákon az összes helyben lakót. Endémiás területeken a törvényhatóság az egész község, város, esetleg akár egész vármegye lakosságának beoltását is elrendelhetette.<sup>506</sup>

---

<sup>500</sup> Kerbolt 1944, 23–29.

<sup>501</sup> Rauss 1936.

<sup>502</sup> 1896-ban az angol Almroth Wright és a német Richard Pfeiffer és Wilhelm Kolle készítették el az első tífuszellenes vakcinát, annak tömeges bevezetésére pedig az angol hadseregben került sor a 20. század első éveiben. (Hardy 2001, 60)

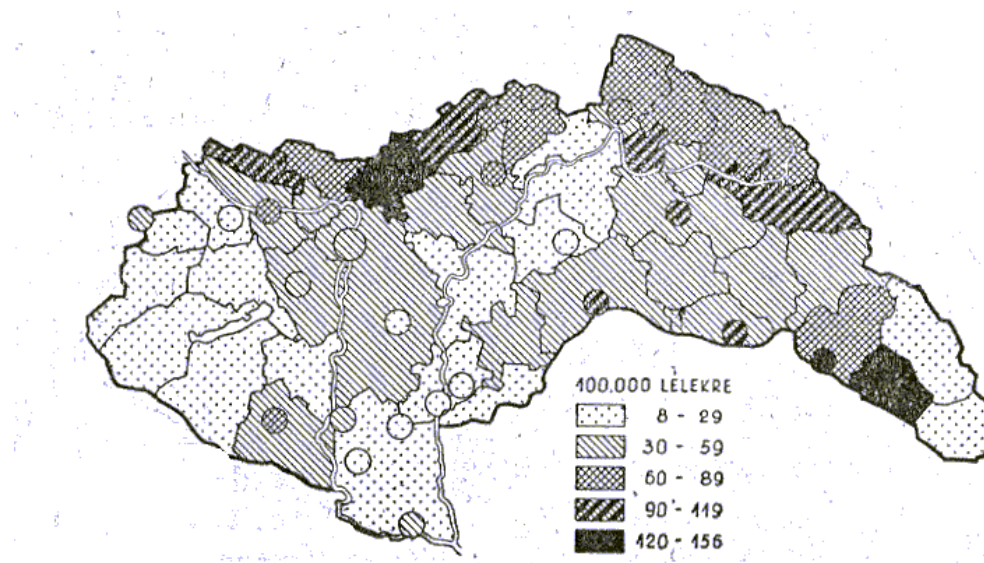
<sup>503</sup> Gärtner 1937., Hernádi 1937.

<sup>504</sup> Pl. Lovrekovich – Rauss 1940., Rauss 1942., Horváth 1943.

<sup>505</sup> Gärtner 1937, 885–896., Hernádi 1937, 744–747.

<sup>506</sup> Johan 1939, 209.

28. ábra Hastífusz megbetegedések Magyarországon 1941-ben



(Forrás: Johan 1943, 778.)

#### A „gyermekfertőző” betegségek

A 17–19. század során kezdték felismerni az orvosok a későbbi időszak súlyos járványokat okozó gyermekbetegségeit, a skarlátot (vörhenyt), a kanyarót, a diftériát és a szamárköhögést (pertussist). Természetesen a diagnosztika még nagyon messze volt a tökéletestől, a betegségek az újdonság erejével hatottak. A skarlát és a kanyaró közti különbségtétel még a 19. század folyamán sem volt egyértelmű. Magyarországon először 1783-ból (Felső-Magyarország), majd 1801-ből (Kolozsvár) jegyezték fel skarlátjárványokat. Skarlátjárványról és ezzel párhuzamosan zajló kanyarójárványról (régies nevén veres himlő) 1826-ból is tudomásunk van. A járvány súlyos lehetett, mert a Helytartótanács a fertőzöttek elkülönítését rendelte el és a kórokozó sürgős kutatását is szorgalmazta. 1833-ban Pesten és Budán egyértelműen skarlátjárvány tombolt a gyermekek körében, akárcsak 1840-ben Pécsen és 1841-ben Békés megyében. 1839-ből egy szelídebb pesti, 1841-ből viszont súlyos lefolyású Ung vármegyei kanyarójárványt jegyezték fel. A század második felében állítólag több kisebb skarlát- illetve kanyarójárvány is lezajlott, feljegyzések azonban csak az 1863-as pesti és kisújszállási súlyos kanyarójárványról, illetve az 1864–65-ös borsodi nagy skarlát- és kanyarójárványokról vannak.

A pertussis járványos jelentkezése minden bizonnyal szintén gyakori volt, a diagnosztizálás hiányosságai révén azonban nagyon keveset tudunk ezen betegség 19. századi jelentkezéséről. 1839-ben Pestről és Budáról, 1843-ban Aradról, 1864-ben Borsod megyéből és a Jászságból, 1867-ben pedig Tatáról jelentettek pertussis-járványokat, általában más gyermekbetegségekkel vagy influenzajárvánnyal párhuzamosan.<sup>507</sup>

A diftéria diagnosztikáját Pierre Bretonneau már 1821-ben leírta, hazánkban az 1840–50-es évektől kezdve jegyezték fel a betegség tömeges jelentkezését.<sup>508</sup> A betegség (a Kincskereső kisködmönből is ismert „torokgyík”) a század végére a legpusztítóbb gyermekbetegséggé vált, tízezres évenkénti halálozást okozva.<sup>509</sup> A diftéria elleni védekezés történeti alakulásában jól megfigyelhető a 20. századot megelőző járványügyre jellemző igazgatási alapú eljárások létrejötte, majd a 19. század végétől a bakteriológiai és szerológiai eredmények megszületésével, illetve még inkább általános elfogadásukkal lehetségessé váló immunizálási tevékenység kialakulása és fejlődése.

A diftéria (a skarláttal, a kanyaróval, a pertussis-szal és a himlő különböző fajtáival együtt Magyarországon már az 1876-os közegészségügyi törvény értelmében is a bejelentendő gyermekfertőző betegségek közé tartozott. A bejelentés a betegséget vélelmező lelkész, kisdédóvó, tanító, esetlegesen orvos feladata volt. A bejelentést követően a körorvosnak kellett a beteget megvizsgálni, majd a fertőző betegség meglétének hivatalos megállapítása után értesíteni a községi elöljáróságot és a szolgabíró, utóbbi értesítette az alispánt. A diftéria gyógyszeres kezelése – a kóroktan ismeretének hiányában – tüneti szintre korlátozódott.<sup>510</sup>

1883-ban Theodor Albrecht Edwin Klebs felfedezte a diftéria kórokozóját, a következő évben Friedrich Löffler sikeresen ki is tenyésztette azt. Löffler majd Émile Roux leírta a betegség részletes járványtanát, izolálták a betegséget ténylegesen okozó, a diftéria-baktériumok által termelt méreganyagot (toxint). Emil von Behring 1891-ben felfedezte a diftéria ellenszerét (antitoxinját) is, ennek ellenére az orvosi közvélemény egy része még mindig kifejezetten tagadta a betegség ragályos jellegét. A diftéria korabeli magyarországi irodalma is a ragályos jelleg cáfolatából indult ki. Annak a megértéséhez, hogy egy törvényileg „bejelentésre kötelezett fertőző betegség” esetében hogyan lehet a ragályosságot tagadni, a korabeli orvosi betegség-felfogást, illetve a fertőző betegség terminológiájának alakulását kell ismernünk. A

---

<sup>507</sup> Fekete 1874, 72–86., Lauschmann 1898, 66.

<sup>508</sup> Hardy 2001, 25.

<sup>509</sup> Rigler 1929, 408.

<sup>510</sup> Géra 2005, 189.

korabeli orvosi irodalom szerint: „a fertőző betegség nevet adjuk mindazon betegségeknek, amelyek egy időben és változatlan tulajdonságokkal támadnak meg egyszerre sok embert.”<sup>511</sup> A felfogás tehát nem tett különbséget egyedi és járványos betegség között, az egyik egyénről a másikra való terjedés nem tartozott a járvány lényegi és szükséges elemei közé. A járvány okaként a miazmát, erjedést határoztak meg, ami a levegőben, személyes érintkezéssel, vízben, és sok egyéb módon terjedhetett - a ragályos, tehát emberről emberre terjedő fertőzés tehát csak egy típusa volt a kor „fertőző betegség”-körének.

Az 1892-es diftériajárvány Magyarországon mintegy 50 ezer áldozatot követelt. Az orvosokkal szembeni bizalmatlanság, az izoláció hiánya, illetve a korabeli halottbúcsúztató szokások (halotti tor a koporsó körül, halottcsókolás, közszemlére tétel) mind hozzájárultak a járvány elképesztő méreteihez, annak letalitása az ország egyes területein 80 százalékos volt – ez a középkori pestisjárványok halálozási arányához közelített.<sup>512</sup> Vörös Márton a Baranya megyei járvány tanulságait elemezve további párhuzamokat is talált a koraújkori-újkori pandémiákkal, illetve az azokra adott lakossági válaszokkal. „A helyi hatóságok megkísérelt intézkedései nyomán helyi felbujtók hatására a lakosság szinte zendülésszerűen viselkedett. Ez a jelenség sok tekintetben emlékeztetett a 19. század harmincas éveinek kolerajárványt kísérő társadalmi megmozdulásaira, vagy a 18. századi járványokra, amikor a terjedő pestis megakadályozására a Duna vonalánál vont egészségügyi zárlat ellen lázadtak. Most Mohácson a főszolgabíró által összehívott egészségvédelmi gyűlésen a megvadított tömeg csaknem a tettelegességig felizgatva ordított, hogy a halál ellen nincs orvosság, a rendszabályok pedig csak arra jók, hogy a hatóság újabb pénzt, adófélét csikarjon ki tőlük.”<sup>513</sup> Az antitoxin Behring és Roux munkássága nyomán ismert volt ugyan, annak nagy mennyiségű előállítása viszont még nem volt lehetséges, így a diftéria elleni védekezésben továbbra is az igazgatási-egészségrendőri elemek voltak előtérben. A lakosság a közigazgatás által megvalósított „felügyeletet” erősítő rendészeti jellegű, egészségrendőri intézkedésekre viszont elsődlegesen nem orvosi intézkedésként, hanem hatalmi-igazgatási kérdésként tekintett.

A járvány terjedésének feldolgozásából jól látszott a vándorlás szerepe, a magyarországi hatóságok hát szigorú előírásokat hoztak a betegség terjedésének meggátlására. A diftéria elleni védekezés megerősítésében tehát további egészségrendészeti elemek jelentek meg. A

---

<sup>511</sup> Foucault 2000, 125.

<sup>512</sup> Vörös 1963

<sup>513</sup> Vörös 1963, 168.

betegeket helyhez kötötték, 1894-től kötelezővé tették a beteg lakásának ajtajára függesztett piros cédulát, és részletesen szabályozták a beteg szállítására, elkülönítésére vonatkozó tudnivalókat is.<sup>514</sup>

1894-ben azután Émile Roux kidolgozta az antitoxin nagy mennyiségben történő előállításának lehetőségét, erre alapozva Európa-szerte megindult a diftéria elleni immunizálás. Magyarországon 1895-ben vezették be a védőoltásokat, az 1892-es járvány által legjobban sújtott területekre kiemelt figyelmet fordítottak. Az immunizálás a korabeli viszonyokhoz mérten hatásosnak bizonyult: a védekezést irányító Bókay János professzor az 1895-ös Lübecki Orvostudományi Kongresszuson a diftéria letalitásának komoly visszaeséséről számolhatott be.<sup>515</sup>

A diftéria elleni védekezés magyar orvostörténeti vonatkozását Schick Béla munkássága adja. A magyar születésű Schick Grazban szerzett orvosi diplomát, majd a bécsi pediátriai klinikán helyezkedett el, ahol munkatársával, Clemens von Pirquet-vel együtt kidolgozta a diftéria iránti fogékonyság felismerésére szolgáló bőrreakciót, a később Schick-próbaként ismertté vált eljárást. A bőrpróbák során „mellékesen” felfedezték az első dokumentált allergiás bőrreakciót is, 1905-ben Pirquet-vel közösen kiadott könyvük<sup>516</sup> az allergológia új tudományának megalapozását jelentette.

1923-tól az Egyesült Államokban élt és dolgozott. Az Amerikában elvégzett több ezer Schick-próba eredményeként sikerült megállapítani a diftériával szemben leginkább veszélyeztetett korcsoportot: születés után a gyermekek nagy része még negatív tesztet produkált (tehát immunis volt a fertőzésre), a pozitív reakciók száma 2-3 éves korban 65-70 százalékra emelkedett, majd a 10. életév környékén ismét a nullpont közelébe süllyedt. Érdekes tapasztalati tény volt, hogy a falusi gyermekek nagyobb arányban produkáltak pozitív tesztet – a városi gyermekek nagyobb arányban estek át „csendes infekción”, amely a betegség tüneteinek kialakulása nélkül immunissá tette őket a későbbi fertőzésre.<sup>517</sup> A Schick-próbák eredményei nagyban meghatározták a diftéria elleni immunizálás főirányát, elősegítve a betegség visszaszorítását.

Az első világháborút követően a diftéria elleni védekezés is az OKI feladatkörei közé sorolódott. Az Intézet legfőbb feladata az 1895 óta folyó védőoltások tömegessé tétele lett, a

---

<sup>514</sup> Hahn 1960, 60–61.

<sup>515</sup> Vörös 1963, 190.

<sup>516</sup> Pirquet – Schick 1905.

<sup>517</sup> Johan 1933b, 5-6.



munkát a Szerológiai Osztály végezte, a korábban már bemutatott Tomcsik József vezetésével. 1928-tól kezdve a diftéria elleni oltások elrendelését külön szabályozó rendelet nélkül a tiszti főorvosok intézték.

A diftéria elleni immunizálást szolgáló Behring-féle oltóanyag, amely a diftériatoxin és az antitoxin keverékéből állt össze, bár viszonylag sikeresnek bizonyult az immunizálás terén, nem volt veszélytelen. Nem megfelelő kezelése esetén fennállt a veszélye a toxin kiválásának, miáltal az oltóanyag maga is súlyos diftéria-fertőzés forrásává válhatott – ahogy az meg is történt 1926-ban Ausztriában, erősen visszavetve a diftéria elleni immunizálásba vetett bizalmat.<sup>518</sup> Nem volt problémamentes az 1924-ben feltalált Ramon-féle diftéria-anatoxinnal végzett oltás sem, az immunitás kialakulásához ugyanis többszöri ismételt oltásra volt szükség.

A diftéria elleni hatósági védekezés alapelveit 1930-ban foglalta össze Johan Béla és Tomcsik József.<sup>519</sup> A meginduló próbaoltások tanulságairól már a következő évtől olvashatunk, Born József és Braunhoffner Jenő a budapesti,<sup>520</sup> Kovách György Nógrád megyei eredményekről értekezett,<sup>521</sup> Tomcsik József, majd 1934-től elsősorban Faragó Ferenc beszámolóit és elemzéseit pedig az Intézetben folyó nagyszabású bakteriológiai kutatómunka részleteire vonatkozóan szolgáltak fontos adalékokkal.<sup>522</sup>

Az OKI-ban „az oltópápa” néven emlegetett Faragó is a Rockefeller Alapítványnak köszönhetően mélyíthette el közegészségtani ismereteit. 1929-ben diplomázott, majd rövid gyakornokoskodás után 1932-33-ban egyéves ösztöndíjjal a párizsi Pasteur Intézetben, valamint az Egyesült Államok különböző kutatóintézeteiben dolgozott. 1933-ban lépett az OKI kötelékébe.

Nevéhez fűződik a diftéria elleni immunizálás egyszerűbbé és hatékonyabbá tétele, amelyet egy új, Európában elsőként kifejlesztett oltóanyag bevezetésével ért el. Az oltóanyag-termelés mellett az egészségügyi felvilágosítás vezéralakja is volt: ő vezette a Magyar Rádióban az „Egészségügyi Kalendárium” sorozatot, majd a Magyar Filmirodával együttműködve a Filmhíradókban történő egészségügyi felvilágosítást szolgáló anyagok forgatókönyveit írta. 1940-ben a budapesti tudományegyetem magántanára, 1942-44-ben a

---

<sup>518</sup> Tasman – Lansberg 1957, 940.

<sup>519</sup> Johan – Tomcsik 1930

<sup>520</sup> Braunhoffner 1931, Born – Braunhoffner 1932

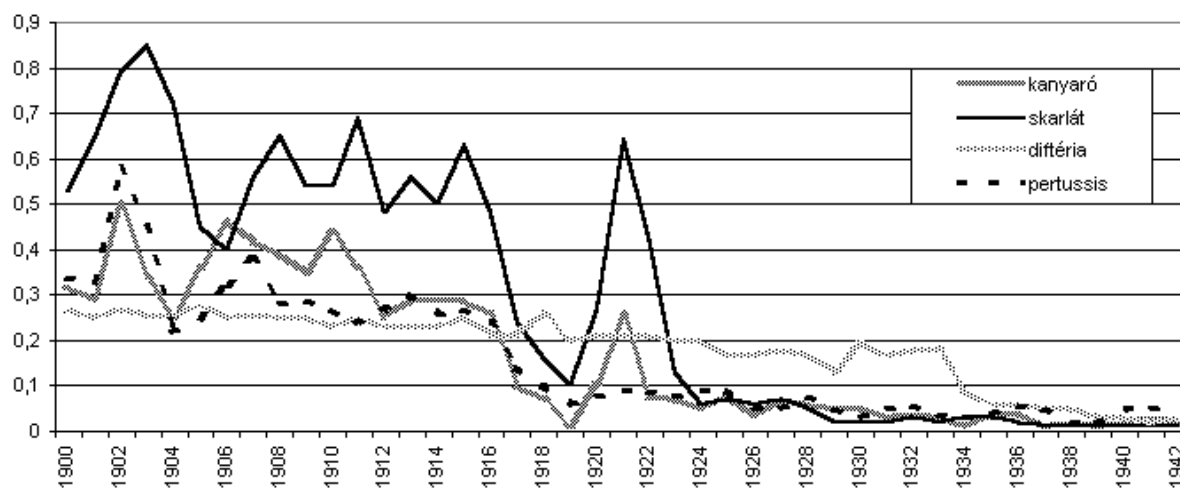
<sup>521</sup> Kovách 1932

<sup>522</sup> Többek között Tomcsik 1932, Faragó 1934, Faragó 1935

kolozsvári tudományegyetem nyilvános rendkívüli tanára, 1944 és 1946 között a pécsi tudományegyetem rendes tanára volt, majd a budapesti tudományegyetemen kapott tanszéket. Élete 1950-ben sajnos tragikus fordulatot vett: az általa vezetett tanszéken tisztázatlan okokból kifolyólag megfertőződött az előállított pertussis-oltóanyag. Az oltásokat követően több csecsemő is életét veszítette, ezért Faragót és néhány munkatársát letartóztatta az ÁVH. Az esetből súlyos szabotázspert kezdtek előkészíteni, Szabad Nép-cikkekkel, szervezett üzemi megmozdulásokkal, halálbüntetést követelő „spontán” követelésekkel. Faragó nem bírta a megterhelést; a vizsgálati fogságban halt meg, a hivatalos álláspont szerint szívinfarktusban, feltételezések szerint azonban öngyilkosságot követett el.<sup>523</sup>

Faragó munkásságának első jó eredményei után egyre több törvényhatóság vezette be az új típusú diftéria-védőoltásokat. A 246.600/1937.BM rendeletével kötelezővé tette minden gyermek kétéves korában történő diftéria elleni beoltását, majd a hatéves korúak újraoltását. A törvény 1938. január 1-gyel lépett hatályba, ezzel a világon elsőként nálunk vált kötelezővé a diftéria-oltás.<sup>524</sup>

**29. ábra A négy legfontosabb gyermekfertőző betegség mortalitásának alakulása Magyarországon (ezer főre)**



(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv* 1901–42., Szél 1930.)

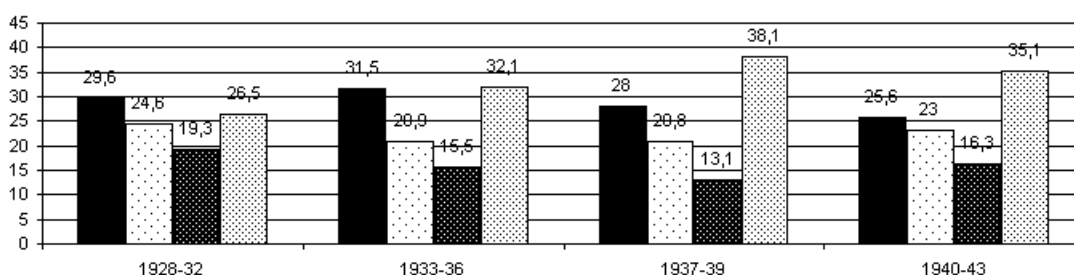
<sup>523</sup> Sinkovics 1999.

<sup>524</sup> Johan 1939, 214–215.; Kerbolt 1944, 53–54.

A századfordulót követően legsúlyosabb járványokat a skarlát okozott. Utoljára 1921-ben zajlott le (kanyarójárvánnyal együtt járó) súlyos skarlátjárvány,<sup>525</sup> de a megbetegedések száma ezután is igen magas maradt, egyes vélemények szerint például a főváros „folytonos” skarlátjárványban élt.<sup>526</sup> 1921-et leszámítva azonban mindegyik halálozási arány végső soron csökkenő tendenciát mutat a korszak végéig, kis kivétellel: a szamárköhögés-mortalitás a 40-es évek elején kissé megemelkedik (az 1939-es minimum, 0,02‰ után 1941-ben 0,05‰, majd 1942-ben 0,06‰).<sup>527</sup> A szamárköhögésből származó veszély egyébként is nagyobb volt annál, amit mortalitása kapcsán láthatunk: gyakran vezetett szövődményekhez, tüdőgyulladáshoz illetve más légzőszervi megbetegedéshez.

A szakemberek a legtöbb gyermekfertőző betegséget „iskolabetegségnek” tekintették. Körösi József szerint elsősorban a kanyaró, Melly József szerint a vörheny, Johan Béla szerint pedig a diftéria is legjobban az iskoláskorú gyermekek között, az iskolában összeszedett fertőzések révén terjed.<sup>528</sup> Az egyes betegségek összhaltóságának negyedévekre bontott statisztikájából kitűnik, hogy míg a vörheny és főleg a diftéria elsősorban ősszel és télen pusztított, addig a kanyaróhalálozások többsége az évek első felére, a téli és a tavaszi hónapokra esett.

**30. ábra Vörhenyhalálozások negyedévenkénti megoszlása százalékokban**



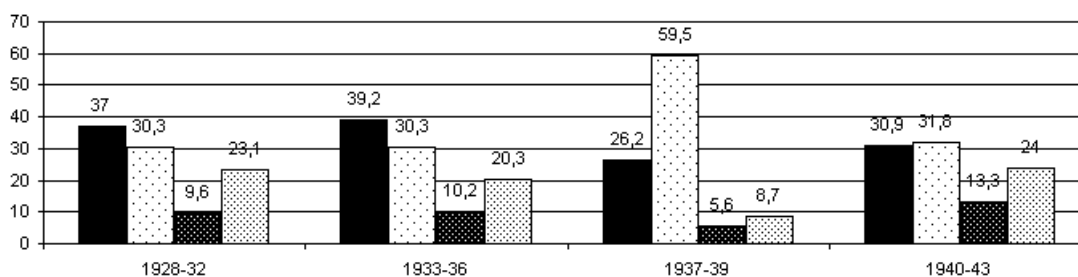
<sup>525</sup> 1942-ben országosan 1,6‰-es megbetegedési arányt produkáló skarlátjárvány volt Magyarországon (Petrilla 1944, 621.), ennek mortalitásáról azonban nem sikerült adatot találnom.

<sup>526</sup> Gortvay–Parassin 1927, 162.

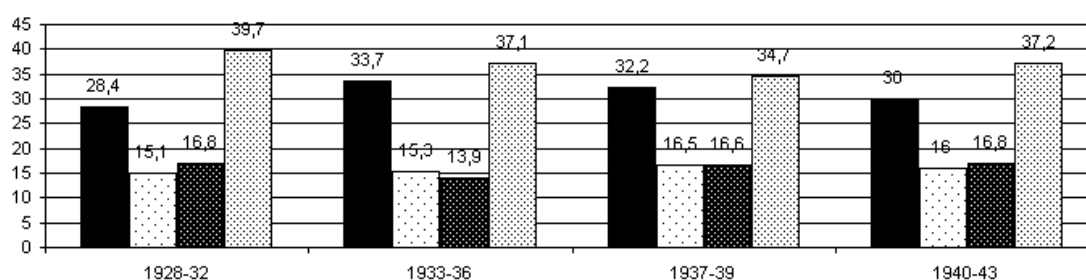
<sup>527</sup> Elképzelhető, hogy e jelenség mögött is a pertussis gyakoribb felismerését, a diagnózisok pontosabbá válását kell keresni.

<sup>528</sup> Szél 1930, 189–190.

31. ábra Kanyaróhalálozások negyedévenkénti megoszlása százalékokban



32. ábra Diftéria-halálozások negyedévenkénti megoszlása százalékokban



(Forrás: Statisztikai Negyedévi Közlemények, 1928–1943.)

A különböző gyermekfertőző betegségek elterjedésének is voltak komolyabb szociális összetevői. Pikler szerint 1912-ben Budapesten 80–90%-ban a legszegényebb rétegek gyermekei közül kerültek ki a skarlátban elhunytak.<sup>529</sup> Szél Tivadar is a rossz anyagi és műveltségi körülményekből adódó rossz általános életkörülményeket tartja a skarlát-terjedés fő okozójának. Adatai szerint az 1910-től 1925-ig terjedő időszak átlagában Budapesten a legrosszabb vörheny-mortalitást a legszegényebb kerületek egyike, a X. kerület, míg a legjobb mutatókat a leggazdagabb Belváros produkálta.<sup>530</sup> Buday László adatai szerint 1909–12-ben a legnagyobb arányú gyermekfertőző-betegség mortalitása a *kisbirtokos parasztok és kisbérlek, a gazdasági cselédek, a bányászok, a k. m. n. napszámosok* és a *házcselédek* hét év alatti gyermekei körében jelentkezett.<sup>531</sup>

A betegségek életkor szerinti gyakorisága igazolja közkeletű elnevezésüket: legerősebben a gyermekkorban, azon belül is az óvodás- és iskoláskorban jelentkeztek. Az 1919–28 között

<sup>529</sup> Melly 1927, 33.

<sup>530</sup> Szél 1930, 188.

<sup>531</sup> *kisbirtokos parasztok és kisbérlek* (12,68%), *gazdasági cselédek* (11,39%), *bányászok* (8,83%), *k. m. n. napszámosok* (9,11%), *házcselédek* (17,17%) (Buday 1917)

diftériában elhaltak 13%-a volt egy éven aluli, 18,6%-uk 1 éves, 51,6% 2–6 éves, 12,8% pedig 7–14 éves.<sup>532</sup> A skarlát-mortalitás életkori megoszlása szintén hasonlóan alakult. A budapesti Szent László Kórház statisztikái szerint 1912 és 1926 között a skarlátban elhaltak 23,1%-a volt 1–4 éves, 25,3%-uk 5–9 éves, a 10–14 éves korosztály 19,2, a 15–19 éves pedig 11,5%-kal részesedett az összes skarláthalálózásból. A skarlátéval nagyjából egyezik a kanyaró viselkedése is, a szamárköhögés ugyanakkor elsősorban a legfiatalabb korosztályok, a 6 év alattiak súlyos betegsége volt. 1927-ben az összes pertussis-halottak 52,7%-a 1 éven aluli, 46,6%-a 1–6 éves, 0,7%-a 7–12 éves.<sup>533</sup>

Nem tartozott a legelterjedtebb gyermekbetegségek közé, de időszakos fellobbanásaival veszélyes betegségnek számított a Heine-Medin-kór vagy más néven a járványos gyermekbénulás (gyermekparalízis; poliomyelitis anterior acuta). Magyarországon először 1911-ben majd 1926-ban okozott tömeges megbetegedéseket (397, illetve 252 eset). Utóbbi évben a járvány főleg *Budapestre* koncentrált (137 beteg), a betegek több mint 70%-át az egy év alattiak és az 1–3 éves gyermekek tették ki. A betegség halálozási aránya nem volt nagy (13,4%), súlyosságát az okozta, hogy a teljes, maradandó károsodások nélküli gyógyulás mindössze 7,9%-ban következett be.<sup>534</sup> 1927-ben a Heine-Medin-kór a bejelentésre kötelezett fertőző betegségek közé került.

Minden korábbinál súlyosabb volt az 1931–32-ben lezajlott gyermekbénulás-járvány. 1931-ben 1138, 1932-ben 391 megbetegedést regisztráltak. Kiindulópontja *Heves* vármegye (Kisköre és Tiszanána) volt, az egyes betegségek bejelentési időpontjai alapján jól lehet látni a terjedés irányát és gyorsaságát. A júniusban kitört járvány júliusban érte el *Pest–Pilis–Solt–Kiskun*, *Jász–Nagykun–Szolnok*, *Bihar* megyét és Debrecent, majd megjelent *Budapesten*, *Borsodban*, *Szabolcsban* és az ország délkeleti részén, *Békésben* is. Az év végéig Bács–Bodrog vármegye kivételével mindenhol jelentettek bénulásos megbetegedéseket. 1932 elején a járvány még *Szegeden* tetőzött, majd lassan elült. Az életkori csoportok közül ismét a legfiatalabbak voltak leginkább veszélyben: az összes betegek 77,8%-a 4 év alatti, 14,5%-a 5–9 éves, 4%-a pedig 10–14 éves volt. Sajnos a maradéktalanul felgyógyultak arányáról ez esetben nem maradtak fenn pontos adatok, de nincs sok okunk azt feltételezni, hogy a járvány

---

<sup>532</sup> Szél 1930, 183.

<sup>533</sup> Megerősíti ezt a képet az 1927-ben elhaltak életkori megoszlása is. Eszerint a skarlátban elhunytak 5,1%-a 1 éven aluli csecsemő, 70,5%-a 1–6 éves, 16,6%-a 7–14 éves. A 15–59 éves népesség 7,6, a 60 év feletti korcsoport pedig 0,2%-kal részesedett az összes skarláthalálózásból. (Szél 1930, 345.)

<sup>534</sup> Bókay 1927, 1205–1211.

kihatásait tekintve a megelőzőeknél enyhébb lett volna.<sup>535</sup> A járványos gyermekbénulás-kór a következőkben ritkán okozott nagyobb arányú megbetegedéseket, 1940–41 után erős csökkenés mutatkozott morbiditásában.<sup>536</sup>

Nem volt kifejezett gyermekbetegség, de főként a fiatalabb korosztályokat (elsősorban az 5 éven aluliakat) támadta meg a járványos agy- és gerinchártyalob (meningitis cerebrospinalis epidemica) is. Magyarországon elszórta a 20. század első felében mindvégig jelen volt, de járványszerűen csak 1940–41-ben jelentkezett. Ekkor sem volt azonban országos kihatású, területileg az Északi-Dombosvidékre és Kárpátaljára (*Bereg, Ung, Ugocsa* megye) korlátozódott, 1940-ben 3229, 1941-ben 1461 megbetegedést okozva.<sup>537</sup>

### *Az influenza*

Az influenza nyomait is a régmúlt időkig követhetjük. Egyes kutatók szerint már a XI. században is megjelent, mások a XVI. századig velük visszavezethetőnek történetét. A XVI–18. századból mindenesetre már számos influenzajárványos évre való utalás maradt fenn. Az influenzajárványok sorát egészen régi időkig lehet visszavezetni, a hurutos láz, forró hurutos láz, fertőző hurutjárvány, stb, megnevezésekkel már a korai orvosi irodalomban is találkozhatunk.<sup>538</sup> A 19. század első felében hat nagyobb járványról (1822, 1831–32, 1833, 1841, 1847–48) tudunk.<sup>539</sup> A betegség a század második felében átlag 5–10 évenként okozott tömeges megbetegedéseket.<sup>540</sup> 1889 és 1893 között az ekkor „orosz nátha”-ként emlegetett pandémia tartotta rettegésben a világot.<sup>541</sup> Egészen rendkívüli méretű influenza-pandémiára került sor az első világháború utolsó évében, 1918-ban.<sup>542</sup> A járvány az Amerikai Egyesült Államokban tört ki, az Európába szállított katonai alakulatok révén került át Franciaországba. Közkeletű elnevezése, a spanyolnátha onnan származik, hogy a háborús hírzárlat miatt a járványról szóló első híradások a semleges Spanyolországból futottak szét a világba.<sup>543</sup> A

<sup>535</sup> Petrilla 1931, Petrilla 1933a, Petrilla 1933b

<sup>536</sup> A Heine-Medin-kór elleni védekezésben csak a második világháború után következett be áttörés – a Jonas Edward Salk, illetve Albert Bruce Sabin által kidolgozott immunizáló eljárásokkal. (Kempler 1984, 217.)

<sup>537</sup> Gulácsy 1942, 1197–1201, Kerbolt 1944, 87.

<sup>538</sup> Az influenza nevet (eredetileg influenza di freddo – a hideg hatása) az 1734-es pandémia óta használják. Kempler 1984, 218.

<sup>539</sup> Fekete 1874, 78–79., Gortvay 1953, 23.

<sup>540</sup> Szél 1930, 196.

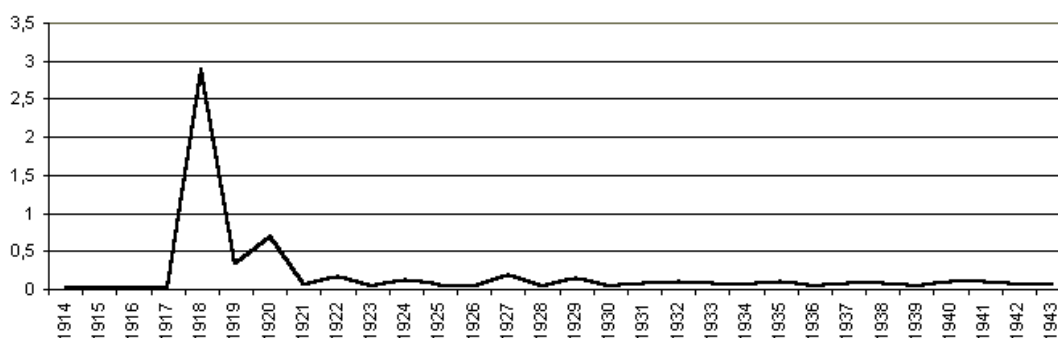
<sup>541</sup> Lane 2001, 150.

<sup>542</sup> Géra 2009.

<sup>543</sup> Kempler 1984, 218–219.

járvány ezer főre eső halálozási aránya 1918-ban Angliában 2,9, Olaszországban 7,1, Spanyolországban 6,9, Svájcban 5,3 volt. Magyarországon ebben az évben ezer főre 2,9 influenzahalott jutott.<sup>544</sup>

**33. ábra Az influenzahalálozás Magyarországon (ezer főre)**



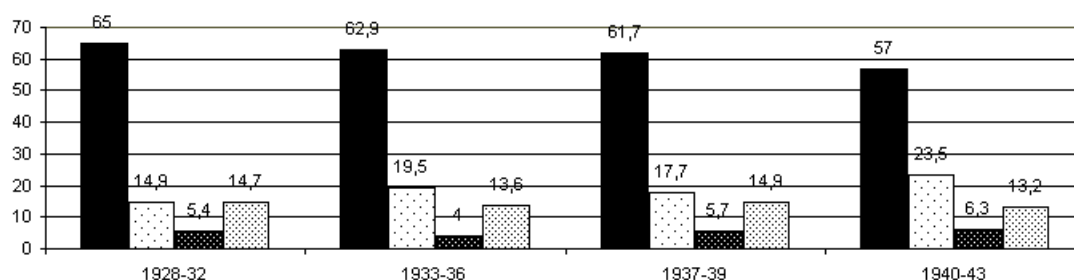
(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv 1901–42.*, Petrilla 1943.)

Az influenzahalálozás mutatóit azonban óatosan kell kezelni. Az influenza igazán nagy veszélye abban rejlett, hogy többnyire szövődményekhez vezetett, gyakran pedig ezek a szövődmények okozhattak elhalálozásokat. Ugyancsak járulékos következménye, hogy a különböző idült betegségekben szenvedők (szívbeteg, daganatos betegek, tbc-s betegek.) körében is drasztikusan megemelte a halálozást – az influenza által legyengített szervezeteken a régi bajok hirtelen elhatalmasodhattak. A halálozási lapokon ez esetben pedig általában nem az influenzát, hanem a különböző régebbi betegségeket szokták halállokként feltüntetni. Szakemberek szerint, ha az influenzás időszakokban növekszik a más szervi bajokban elhaltak száma és aránya, akkor ezen halálesetek legtöbbjét az influenzára kell visszavezetni.<sup>545</sup>

<sup>544</sup> Szél 1930, 199.

<sup>545</sup> Szél 1930, 195.

34. ábra Az influenzahalálozások negyedévenkénti megoszlása százalékokban



(Forrás: Statisztikai Negyedévi Közlemények, 1928–1943.)

Az influenzahalálozások negyedévenkénti megoszlását tekintve láthatjuk, hogy a legtöbb influenza-haláleset az év első hónapjaira, a téli és a kora tavaszi időszakra esik. 1918 után átlagosan két évente alakultak ki Magyarországon kisebb-nagyobb influenzajárványok. Az influenza településtípusokat tekintve inkább a nagyobb népességtömörülésű helyekhez, a városokhoz köthető. Magyarországon 1919–25 között a városokban átlagosan 0,26‰-es (Budapesten 0,33‰-es), míg a községekben csak 0,2‰-es influenza-halálozási arányt regisztráltak. A foglalkozási csoportok szerinti megoszlás szerint az influenzával szemben is a külön megnevezés nélküli napszámosok és a házicselédek voltak legkevésbé ellenállóak (1910–20 átlagában ezer főre 1,7 illetve 1,2 influenza-halott).<sup>546</sup>

### A malária

A maláriáról már a XV. században is megemlékeznek egyes hazai források, bár a kóroktani leírások pontatlanságai miatt az első időszakban még elég nehéz elkülöníteni a betegséget más fertőzésektől, mindenekelőtt a hastífusztól. A régi Magyarország egyes részein tipikusan endémiás betegségnek számított, a 18. század Magyarországon a legelterjedtebb népbetegségek egyike volt.

A betegséget a vizes, mocsaras területek ártalmas „kigőzölgéseivel”, „rothadt levegőjével” hozták összefüggésbe, erre utal elnevezése is, „mal area”, vagyis „rossz levegő”. A malária okairól, terjedéséről folytatott orvosi diskurzus részletes elemzése nem célunk. Fontos viszont megállapítanunk, hogy mint a koraújkor egyes nagy járványos betegségei, úgy a malária

<sup>546</sup> Szél 1930, 198. Szél 1930, 203.



kapcsán is látható az orvostudomány és az igazgatás együttes szerepének sajátos alakulása. Az orvostudomány – alkalmasint téves következtetéseket levonva – ráirányította a figyelmet egy betegség valamely külső környezetbeli tényezővel való összefüggésére, a védekezés maga pedig a közigazgatás eszközeivel, a közigazgatási szervek hatáskörébe tartozó eszközök felhasználásával indult meg. A maláriát a mocsaras, vizes területekkel kötötték össze, a védekezés főiránya tehát ezek felszámolása, eltüntetése lett. Temesvár városa körül felszámolták a vizesárok-rendszert, levezető csatornákat vágtak a mocsarakba, majd a 18. század hatvanas éveiben komoly ármentesítési és folyószabályozási munkálatokba kezdtek – a védekezést nem kisebb személy irányította, mint Gerhard von Swieten, Mária Terézia udvari tanácsosa, a Monarchia közegészségügyi igazgatási és orvosképzési reformjainak első kiemelkedő alakja.<sup>547</sup>

A kóroktani ismeretek hiányában megtett igazgatási alapú (jelen esetben környezet-szabályozási) lépések áttételesen hoztak némi sikert, hiszen csökkentették a maláriaszúnyog szaporodási lehetőségeit, de a betegséget nem tudták eltüntetni. Az esősebb évek ismét a malária fellángolását hozták: kiterjedtebb malária-járványról a század első felében 1826-ból és 1846–47-ből van tudomásunk.<sup>548</sup> Az 1843. évi temesvári orvos- és természetvizsgálói vándorgyűlés témája a malária elleni védekezés volt, a gyűlés által kiírt tudományos pályázatot Bittner Imre, Arad vármegye főorvosa nyerte meg „A Bánság poszlázairól” írott munkájával.<sup>549</sup>

A korabeli források beszámolnak a betegség Békés, Bihar, Kolozs és Szatmár megyei jelentkezéséről is.<sup>550</sup> A nagy kiterjedésű mocsárvilág, az *Alibunári-mocsarak*, az *Ecsedi-láp*, a *Sárrét*, a *Hanság*, a nagyobb folyók árterei, a *Kis-Balaton* mind-mind főfészkei voltak a „mocsárláz”-ként is ismert betegségnek. 1871-ben még a kolerajárvány Magyarországra érkezését megelőzően zajlott le egy kiemelkedő malária-hullám, a hosszú esőzések következtében megduzzadt folyók árterületei mentén. A malária esetében szokatlanul magas halálozást elemzők a betegség hazánkban ritkán előforduló alfajának, a trópusi maláriának (*malaria tropica*) megjelenésével magyarázzák.<sup>551</sup>

---

<sup>547</sup> Kapronczay 2004, 6-7.

<sup>548</sup> Fekete 1874, 70–71., Lauschmann 1898, 65.

<sup>549</sup> Bittner 1847

<sup>550</sup> Ringelhann 1982, 74.

<sup>551</sup> Magyarországon inkább a *malaria tertiana*, vagyis harmadnapos malária, valamint a *malaria quartana*, a negyednapos malária volt elterjedve. A trópusi malária a legsúlyosabb lefolyású a betegség három alfaja közül, a lázrohamok ennél a típusnál lázmentes napok közbekezelődése nélkül követik egymást, gyakorlatilag egymásba folynak.

Holländer Hugó a 19. század végi állapotokat elemezve még 17 vármegye területén jelzett malária-endémiát. A legkiterjedtebb maláriás vidékek Somogy és Baranya megyében (a Dráva mentén a szentlőrinci, barcsi és siklósi járásban), a Dráva torkolatánál, Szabolcs, Szatmár és Ung megyékben, valamint a Duna alsó folyásánál, Temes és Torontál törvényhatóságokban voltak.<sup>552</sup> A korszakban *Temesvár* városa is erősen maláriás területnek számított: elbeszélések szerint a Temesvárra érkező idegen rövid időn belül csaknem biztosan számíthatott egy-egy maláriás rohamra.<sup>553</sup> A 19. század közepén meginduló nagyarányú víz- és ármentesítések, folyószabályozások révén a maláriás gócok is lassú csökkenésnek indultak

A betegség kórokozója 1870 óta ismert – Charles Louis Alphonse Laveran fedezte fel az algériai Bone kórházban –, terjedésének módját, a szúnyog vektor szerepét több éves kutatómunka után 1897-ben ismerte fel Ronald Ross, angol katonaorvos, aki felfedezéséért 1901-ben Nobel-díjat kapott. A malária kutatásának komoly magyar vonatkozása is van – id. Jancsó Miklós kolozsvári majd szegedi professzor munkássága nemzetközi szinten is kiemelkedő, Ronald Ross és az olasz Giovanni Battista Grassi mellett a téma legtöbbet idézett kutatói közé tartozik.

Az 1868-ban született Jancsó édesapja természettan-tanár volt, figyelme így korán a természet, ezen belül is a rovarok felé irányult. Gimnazista korában önálló kutatásokon alapuló rovar-tani tanulmányt jegyzett, a kolozsvári egyetem orvosi karára már ismert természetbúvárként került. 1892-ben avatták orvosdoktorrá, majd hamarosan Purjesz Zsigmond tanársegéde lett a belgyógyászati klinikán. Rovartani előtanulmányai és a Kolozsvár környéki malária-endémia mondhatni kijelölte számára leendő kutatási területét. 1895-ben már saját, a malária kóroktana terén elért kutatási eredményeiket ismertették Rosenberg Mórral.<sup>554</sup> Későbbi munkáiban részletesen ismertette, leírta a malária három típusát, a harmad- és negyednapos (tertiana és quartana), valamint a trópusi maláriát.<sup>555</sup> 1899 és 1901 között többször megfordult Robert Koch berlini intézetében, így első kézből értesülhetett többek között a német bakteriológus kelet-afrikai és új-guineai maláriakutató tanulmányútjának főbb tapasztalatairól is. Többek között ekkor ismerték fel az immunitást – a gyermekkorban elszenvedett endémiás fertőzés felnőttkorra többé-kevésbé ellenállóvá teszi az egyént a maláriával szemben.<sup>556</sup> 1911-ben lett a kolozsvári egyetem nyilvános rendkívüli

---

<sup>552</sup> Holländer 1907.

<sup>553</sup> Gortvay 1953, 17.

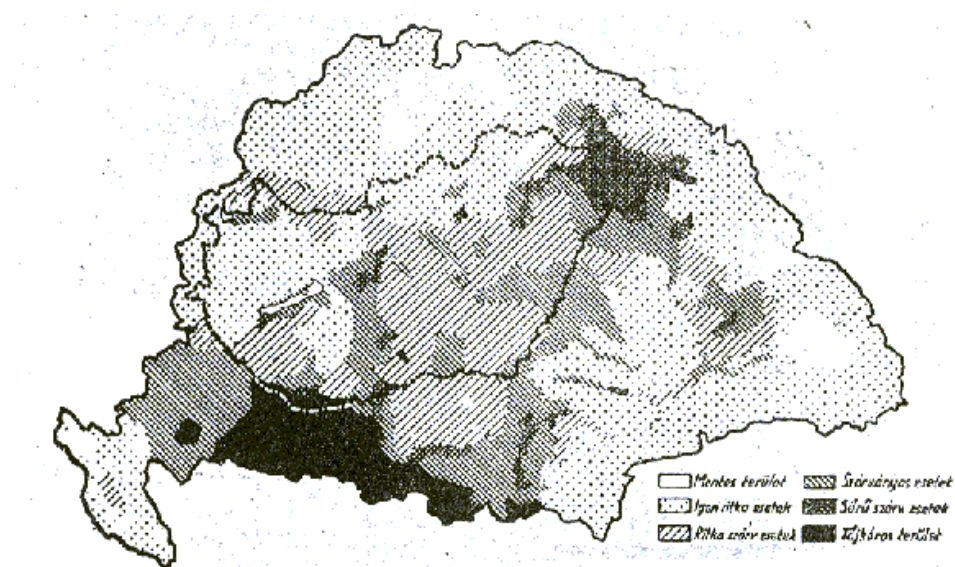
<sup>554</sup> Szállási 1975, 1049-1050.

<sup>555</sup> A témában írott fontosabb munkái, Jancsó – Rosenberg 1899; Jancsó 1904; Jancsó 1913.

<sup>556</sup> Ringelhann 1982, 77

tanára a belgyógyászati tanszéken. Az első világháború évei alatt fellángolt malária orvoslására bevezette a kis dózisú kinin-profilaxist. A háború után a Szegedre költözött egyetemen is folytatta munkáját, Szegeden, 1930-ban érte a halál.

35. ábra A malária elterjedése Magyarországon a 20. század első éveiben



(Forrás: Johan 1943, 783.)

Az első világháború után a malária-endémiás területek nagy része az új országhatárokon túlra került, a malária azonban nem tűnt el. A betegség iránti érdeklődés az Országos Közegészségügyi Intézet Patohisztológiai és Parazitológiai Osztályának megalakulásával élénkült fel. Az intézet által megkezdett, az ismert vagy vélelmezett parazitás népbetegségekkel kapcsolatos szűrő-feltáró munka során a malária is reflektorfénybe került.

Az első tájékoztató jellegű felmérések kimutatták, hogy a trianoni Magyarországon két fő fertőzött terület maradt. Az egyik az északkeleti országrészben *Szatmár, Ugocsa és Bereg, Szabolcs és Ung* valamint *Zemplén* vármegyék területén (elsősorban a csengeri, fehérgyarmati, tiszai, dadai felső, bodroközi, tokaji járások), a másik pedig Dél-Magyarországon a Dráva és a Mura mentén *Baranya, Zala és Somogy* megyékben (siklói, szentlőrinci, barcsi, csurgói, letenyei, nagykanizsai járások).<sup>557</sup>

<sup>557</sup> Lőrincz 1933, 622–626, Lőrincz 1937, 701., Johan 1939, 223.

Az orvosokat meglepetésként érte, hogy a betegek nagy százaléka a malária „trópusi” fajtájával fertőződött meg. Az OKI javaslatára a malária is a kötelezően bejelentendő fertőző betegségek közé került. „Helyi szűrővizsgálatokkal, propaganda előadásokkal, demonstrációkkal az endémiás területeken szolgáló hatósági orvosi karral és a lakossággal megismertettük a betegség lényegét és az ellene való védekezés lehetőségeit, a közös összefogás fontosságát. Egyben tervet dolgoztunk ki intézeti munkatársaimmal az endémiás területeken a malária asszanálására.”<sup>558</sup> A malária elleni védekezés jól beilleszkedett az Intézet jellegzetes kétirányú, „modernizáló” illetve „felvilágosító” módszerei közé – egyfelől szervezett propaganda-jellegű ismeretterjesztő tevékenységbe, másfelől a modern parazitológiai ismereteken alapuló szérumkísérletekbe, szérumtermelésbe kezdtek.

A bejelentett maláriás betegek száma – feltehetően az egyre jobban növekvő érdeklődésnek, és az OKI erőteljes nyomásának köszönhetően – az 1927-es 997 főről 1937-re 1859 főre emelkedett.<sup>559</sup> A maláriás betegek számának ugrásszerű emelkedését *Bereg, Ugocsa* és *Szatmár* megyék erősen fertőzött, a trianoni döntés következtében Csehszlovákiához került részeinek visszacsatolása eredményezte: 1941-ben az összes bejelentett maláriás beteg száma Magyarországon már 12171 főre rúgott.<sup>560</sup> A maláriás megbetegedések is évszakonként eltérő mennyiségben jelentkeztek: a malária-szezon általában nyár elejétől, júniustól az ősz közepéig, október végéig tartott.

A malária elleni védekezés intézményrendszerének kialakítása 1937-től kezdődött: először a Zala megyei Letenyén, majd a következő években Mándokon (Szabolcs vm.), Jánkon (Szatmár vm.) és Beregszászon is a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat kötelékébe tartozó malária-állomásokat létesítettek. Az állomások feladata a betegellátás, a fertőzések kezelése és a fertőzés forrásainak kutatása mellett a malária-szúnyogok tenyészőhelyeinek felkutatása, a szúnyogok irtása illetve egy részüknek további vizsgálatok végzése céljából összegyűjtése és a központi laboratóriumba küldése lett.<sup>561</sup> Az endémiás területek visszatérése a malária-állomások hálózatának bővítését igényelte: Csengeren, Nagykanizsán és Ungváron újabb malária-állomások alakultak.

---

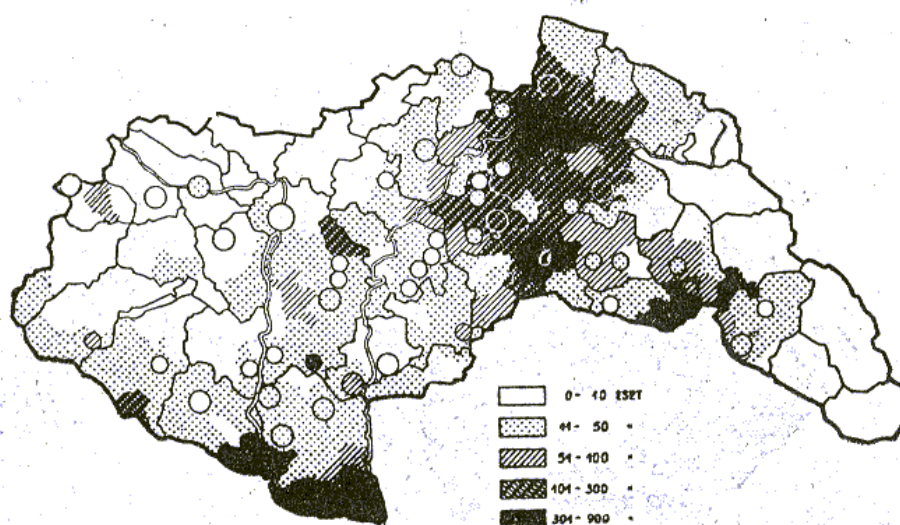
<sup>558</sup> Lőrincz 1982, 14.

<sup>559</sup> Lőrincz 1937, 924–934.

<sup>560</sup> Kerbolt 1944, 92.

<sup>561</sup> Jelentés az Országos Közegészségügyi Intézet 1939. évi működéséről. Budapest, 1940, Országos Közegészségügyi Intézet.

36. ábra A malária elterjedése Magyarországon 1942-ben



(Forrás: Johan 1943, 783. )

A malária elleni védekezés két világháború közötti fő alakja Lőrincz Ferenc volt – a hazai maláriakutatás nagyrészt az ő személyén keresztül kapcsolódott az európai főáramhoz, illetve a Népszövetség nemzetközi maláriaellenes küzdelméhez. Lőrincz 1898. október 15-én született a Szolnok-Doboka vármegyei Bálványosváraán. Orvosi tanulmányait a kolozsvári tudományegyetemen kezdte, annak Magyarországra telepítése után 1924-ben Szegeden fejezte be. Szigorló orvosként szövetfejlődéstannal, majd a Patológiai Intézet tanársegédeként kórszövettannal foglalkozott. Egyetemi tanárai közül anyai nagybátyja, Veszprémy Dezső, Apáthy István, valamint a korábbiakban bemutatott id. Jancsó Miklós volt rá nagy hatással. 1927-ben Johan Béla hívására került az Országos Közegészségügyi Intézetbe, a már említett Patohisztológiai és Parazitológiai Osztály vezetői pozíciójába. Mivel az OKI tevékenységén belül a rákkutatás nem tudott teret nyerni, az Osztály a parazitológiára korlátozta munkásságát; Lőrincz is a humán parazitológia felé fordult, és a malária kutatásával kezdett foglalkozni. „A téma számomra nem volt új – írja visszaemlékezésében – hiszen ki tudta volna kivonni magát Jancsó professzor lenyűgöző malária-előadásainak hatása alól, melyeket mindig nyomatékos előkészítés után évente a negyedéves medikusoknak tartott.”<sup>562</sup>

A maláriával kapcsolatos érdeklődés háttérében a nemzetközi figyelem felélénkülése is valószínűsíthető. A 20. század első évtizedeiben az Amerikai Egyesült Államok Karib-térségi

<sup>562</sup> Lőrincz 1982, 14.

katonai terjeszkedése, valamint a Panama-csatorna építése az amerikai közegészségügy érdeklődésének homlokterébe emelte a moszkító-kérdést (részint a malária, részint pedig a sárgaláz miatt). 1915-ben a Rockefeller Alapítvány vette át az amerikai hadsereg egészségügyi szakembereitől a moszkítók által terjesztett betegségek kutatását - a kezdetben az Egyesült Államok déli tagállamaira (mindenekelőtt Mississippire és Arkansasra), a Karib-tenger környéki területekre, Brazíliára, valamint a távol-keleti brit gyarmatokra fókuszáló kampányt világszintű kutatómunkává kezdték bővíteni.<sup>563</sup> A magyarországi malária-orvoslás kialakításában is nagy szerepet játszott, hogy Lőrincz 1929-30-ban fél évet a londoni School of Hygiene and Tropical Medicine-ben töltött,<sup>564</sup> majd Rockefeller-ösztöndíjasként a Római Malária Intézetben tanulmányozta a malária elleni védekezés szervezeteit, gyakorlati módszereit, helyi alkalmazásait. Ezt követően öthetes olaszországi, albániai és jugoszláviai tanulmányutat tett, végül Amszterdamban töltött egy hetet, hogy a holland gyarmatokon folytatott védekezés elemeivel is megismerkedjen.<sup>565</sup>

1933-ban a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen a parazitológiai magántanára lett, 1939-ben maláriaellenes munkásságáért – akárcsak 1906-ban Jancsó professzor – Mészáros Károly-jutalomdíjban részesült. 1936-ban a szegedi Ferenc József Tudományegyetemen nyilvános rendkívüli egyetemi tanárként a Közegészségtani és Kórtani Intézet vezetésével bízták meg, 1940-ben követte egyetemét Kolozsvárra, és a Közegészségtani Intézet vezetője lett. 1938 és 1942 között Magyarország képviselőjeként tevékenykedett a Népszövetség Egészségügyi Szervezetének Malária Bizottságában. Az OKI-ba 1943-ban került vissza – ismét Johan hívására –, az Egészségvédelmi Csoport vezetője lett.

A háború után még részt vett az OKI újjászervezésében, 1946-ban azonban közös megegyezéssel távozott az Intézetből, az ötvenes-hatvanas években élelmiszer-egészségügyi kutatóintézetekben dolgozott. A parazitológiától teljesen persze nem szakadt el, 1964-től a Magyar Parazitológusok Társasága elnökségi tagja, 1967 és 1972 között a társaság elnöke, 1972 és 1986 között tiszteletbeli elnöke, a *Parasitologia Hungarica* folyóirat egyik alapítója, haláláig szerkesztőbizottsági tagja volt. 1986. május 15-én halt meg Budapesten.

---

<sup>563</sup> Mitchell 2002, 25-26; The Rockefeller Foundation Annual Report 1915

<sup>564</sup> Honti 2010, 62.

<sup>565</sup> A hollandiai védekezés fő alakja a Lőrincz által meglátogatott intézetben dolgozó N. H. Schwellengrebel volt; a holland malária-helyzetről: Schwellengrebel – de Bruck 1937.

Az 1800-as évek elején Erdély és a vele szomszédos magyarországi területek szifilisz-fertőzöttsége rendkívül erőteljes volt. A betegség szinte endémiássá vált a területen, a kortárs megfigyelők egyenesen „szifilisz-járványról” beszéltek. A kormány kénytelen volt rendkívüli intézkedéseket életbe léptetni, ezek keretében speciális kórházakat állított fel a legjobban fertőzött területeken.<sup>566</sup> A 19. század legelején a napóleoni háborúk magyarországi csapatmozgásai következtében máshol is magasra szökött a nemi betegek száma, 1820-ban már az államkincstár költségére történő ingyenes kezelésükről történt rendelkezés.

A nemi betegségek elleni védekezés céljából a kormány „bujasenyvi” kórházakat létesített. Történetük a 18-19. század fordulójára nyúlik vissza. A súlyos fertőzöttségi arányt a 19. század 60-as éveire sikerült leszorítani, a kórházak (Lugos, Szinevérváralja, Máramarossziget, Mátészalka, Élesd) azonban továbbra is üzemben maradtak. A „bujasenyvi” kórházak évi 23-25 ezer forintos költségvetésből gazdálkodhattak. A „járvány” visszaszorításának megállapításával kapcsolatban a kormány kezdetben észrevehetően óvatos volt: évi 3000 forintot rendszeresen (szükség esetén) új bujasenyvi kórházak létesítésére és felszerelésére különítettek el.<sup>567</sup>

Az 1845-ös orvosvándorgyűlésen Pataki Dániel orvosdoktor és szülész-mester, az erdélyi főkormányshéki egészségügyi tanács tagja (későbbi országos főorvos) sötét képet festett a magyarországi nemibeteg-helyzetről: „A buja-kór a városokban valamivel szelídült, de a falusi lakosság gyógyítására senki sem gondol. Az orvosnál megjelenő szegény néposztálybeli buja-kóros beteg ritkán van az első stádiumban, mert csak azzal törődik, hogy nagy fájdalmat okoz, dologban és ételben gátolja, a daganatok miatt tud még dolgozni, tehát fenn jár vele... Nincs felügyelet a buja-kórt terjesztő nők fölött, s így a fertőzött férfiak tovább terjesztik a kórt.”<sup>568</sup>

Az 1876-os közegészségügyi törvény<sup>569</sup> 89.§-a a „bujakórt” is a ragályos betegségek közé tartozónak vette, nagyobb méretű „járvány” esetén a betegek kötelező gyógykezelését

---

<sup>566</sup> Gortvay 1953, 42.

<sup>567</sup> Az endémiás fertőzés a 19. század utolsó éveire megszűnt, a speciális kórházak további fenntartása okafogyottá vált. 1896-ban a bujasenyvi kórházakat felszámolták.

<sup>568</sup> Idézi Kempler 1984, 231–232.

<sup>569</sup> Kisebbségi előírások persze voltak, elsősorban a katonaságra vonatkozóan, 1870-ben elrendelték a katonák szabadságolás előtti kötelező orvosi vizsgálatát; nemi betegségben szenvedő katonát csak gyógyulása után engedtek el, nehogy otthonában továbbterjessze a kórt. (Doros 1926, 24.)

rendelte el. Az otthon nem kezelhető nemi betegeket a legközelebbi polgári vagy akár katonai kórházba szállíthatták, és ott teljes felgyógyulásukig visszatarthatták őket, különösen veszélyeztetett vagy fertőzött vidékeken államköltségen szükségkórházakat is felállíthattak.<sup>570</sup>

Egyes marginalizált és/vagy deviáns csoportok társadalomtörténetében jól megfigyelhetjük a medikalizálódás folyamatát; azt, ahogy egy társadalmi csoport a társadalmi értékterheltség és az ehhez kapcsolódó egészségügyi szemszögű normativitás együttes jelentkezése folytán az egészségügy „hatókörébe” sorolódik. A prostitúció és a nemi betegségek elleni harc összefonódása a politikában, a közbeszédben és a szakpolitikai intézkedés-sorozatban jól mutatja mindezt. A prostitúció angliai társadalomtörténetét elemezve Judith Walkowitz is kiemeli, hogy a viktoriánus korban életbe lépő fertőzőbetegség-ellenes törvények elemeként a prostituáltakkal szemben életbe léptetett megfigyelési, bejegyeztetési eljárások egy peremhelyzetben lévő társadalmi csoport (Walkowitz ennél kicsit tágabb összefüggésben a teljes korszakbeli szegény népesség) egészségügyi szempontú, de lényegében rendészeti jellegű kontrollját teremtették meg.<sup>571</sup>

A prostitúció devianciává válását Gyáni Gábor a családnak és a munkának a társadalomszervezetben játszott 19. századi szerepváltozásából vezeti le. A női test „gazdasági hasznosítása” nem került be a legitim munkafajták közé – nem illeszkedett ugyanis be a családot előtérbe helyező „erkölcsös és ép-egészséges” világ képébe, a nemiségnek csak a családon belüli formája volt erkölcsileg elfogadható. A prostitúció, mint a családon kívüli nemi életre alapozott megélhetés tehát nem-normálissá vált; a liberális állam ily módon jogot formált magának a prostituált magánéletébe történő beavatkozásra. A prostitúcióhoz ráadásul az a kép társult, hogy a nő komoly veszélybe sodorja a férfit – mind biológiai hatását tekintve, mind a társadalmi rend vonatkozásában veszélyes. Gyáni szerint ebből ered, hogy a prostitúciót (az ellenőrizetlen, családon kívüli szexualitást) egyre inkább közegészségügyi – a korszak közegészségügyének megfelelően konkrétabban igazgatási, egészségrendészeti problémának kezdi tekinteni.<sup>572</sup>

Vargha Dóra „a bűn medikalizálásának” nevezi a prostitúció egészségügyi kérdéssé válását. Mint megállapítja, a 19. század folyamán az orvostudomány érdeklődési körében társadalmi, politikai és erkölcsi problémák (köztük a szexualitással és a prostitúcióval kapcsolatos kérdések) jelentek meg tudományos kontextusban. „A nemi betegségek terjedését megvilágító

---

<sup>570</sup> *Magyar Törvénytár 1875–76. évi törvénycikkek.* Budapest, Franklin. 1896.

<sup>571</sup> Walkowitz 1982

<sup>572</sup> Gyáni 1999



orvosi elméletek előtérbe helyezték a prostituált testét. Ez a test kettős jelentéssel bírt, amelyek látszólag feloldhatatlan ellentétben álltak egymással, és tükrözték az újkori társadalom és a prostitúció ambivalens kapcsolatát. Az egyik értelmezés szerint a prostituált teste >>szükséges rossz<<, a férfiak nemi ösztönének levezetésére szolgál, ezáltal az a funkciója, hogy a társadalom és a család erkölcsét megőrizze. Ugyanez a test potenciális veszélyforrást is jelent, mind erkölcsi, mind pedig egészségügyi szempontból – a fizikai és a lelki romlottság, rothadás megtestesítője.”<sup>573</sup>

Közben a prostituáltakkal szembeni intézkedés-sor változott: a 19. század legelején még előfordult, hogy kikorbácsolták őket a városokból, 1827-ben viszont már rendszeres orvosi ellenőrzésükről intézkedtek, sőt az 1840-es években fokozatosan megkezdtek igazolvánnyal való ellátásukat is.<sup>574</sup> A kitaszítás helyébe az igazgatási-egészségrendőri alapú megjelölés lépett. A megjelölés mellett a fegyelmezés ebben is a normalizálás elemeit láthatjuk – a „kvázi-legalizált” (tehát bárcával ellátott) prostituált állandó felügyelet alá került. Ez tisztán egészségügyi szempontból természetesen a „járványveszély” felszámolását is segítette, a bordélyok felügyeletében ugyanis központi elem volt a rendszeres orvosi vizsgálat.<sup>575</sup>

A 20. század elejének nemibeteg-kérdéséről több összeírás, összeírási kísérlet adataiból is képet kaphatunk. 1905-ben a Nemzetközi Antivenereás Kongresszus határozata értelmében hazánkban is összeírták a nemi betegségekben szenvedőket. Összesen 41534 nemi beteg (az ország lakosságának 2‰-e) állt orvosi kezelés alatt. A legnagyobb arányú fertőzést a vármegyék közül *Hunyadban, Szebenben, Háromszékben és Krassó–Szörényben* mutatták ki (2–3,6‰). A vármegyék összességét tekintve a nemi betegek aránya a lakosság 1,9‰-ét tette ki. A vármegyéknél lényegesen nagyobb arányú volt a városok fertőzöttsége (10,5‰). Közülük is kiemelkedett *Szatmár* (17‰), *Marosvásárhely* (14,9‰), *Kolozsvár* (14,8‰), *Budapest* (14,1‰) és *Pécs* (12‰).<sup>576</sup>

1913-ban Nékám Lajos 89 törvényhatósági kórházban 30500 nemi beteget talált. Bár a nem törvényhatóságok által kezelt kórházakban fekvő nemi betegek pontos arányát nem lehetett megállapítani, Nékám arra a következtetésre jutott, hogy a kórházakban ápolts és a csak kezelésre bejáró nemi betegek száma 1913-ban körülbelül 435 ezer lehetett (a teljes lakosság

---

<sup>573</sup> Vargha 2005

<sup>574</sup> Gortvay 1953, 40–42.

<sup>575</sup> Forrai 1998, 95.

<sup>576</sup> Forrai 1988, 50.

2%-a).<sup>577</sup> Az első világháború kitörése a nemi betegségek kérdésének újbóli előtérbe kerülését eredményezte. A hatóságok egyfelől a katonai potenciált radikálisan csökkentő jelenséggént, másrészt a hátszágot pusztító, az amúgy is akadozó termelőmunkát gátló betegséggént kezelték.<sup>578</sup>

Az 1920–24-es évek átlagának szifiliszhalandósági mutatói szerint a törvényhatósági városok közül *Pécs, Baja, Budapest* és *Hódmezővásárhely*, míg a vármegyék közül *Békés* és *Csongrád* volt a legjobban fertőzött.<sup>579</sup> Fontos ugyanakkor megjegyezni, hogy a törvényhatósági jogú városok mindegyikében 1‰ fölött volt a szifiliszhalandóság, míg a vármegyék közül a fent kiemelt kettőn kívül csak további négy (*Csanád, Arad és Torontál, Hajdú, Jász–Nagykun–Szolnok* és *Tolna*) érte el ezt a szintet.<sup>580</sup>

A legteljesebb körű magyarországi nemibeteg-felvételre az Antiveneriás Bizottság szervezésében 1928-ban került sor. Ennek eredményeképpen az ország különböző gyógyintézeteiben összesen 56489 kezelt nemi beteget írtak össze. Ezer lakosra országosan 7,1 nemi beteg jutott. A nemi betegségek elsősorban a törvényhatósági városokat jellemezték: ezekben ezer lakosra 25, míg a vármegyékben csak 2,8 nemi beteg jutott. A városok közül ekkor is *Pécs* bizonyult a leginkább fertőzöttnek: ezer pécsi lakosra 34,3 nemi beteg jutott. Az átlagosnál jobban fertőzött vármegyék között *Békés, Jász–Nagykun–Szolnok, Szabolcs és Ung, Somogy, Zemplén*, valamint *Pest–Pilis–Solt–Kiskun* szerepelt.<sup>581</sup>

Noha az egészségügyi felmérések alapján tudható volt, hogy a prostitúció szerepe az összes venereás betegségben „csak” mintegy 56%-ot tett ki, a nemi betegségekről szóló diskurzusnak az egész két világháború közötti korszakban központi eleme maradt a prostitúció kérdésköre. Az orvosi szaksajtóban ennek megfelelően komoly viták zajlottak a prostitúció szabályozásával, a szabályozás módszereivel, hatékonyságával kapcsolatosan. Biró Béla 1927-es *Reglementatio és abolitio*<sup>582</sup> című, a Népegészségügyben megjelent írása volt az első, amely felvetette a prostitúció központi szabályozásának szükségességét, az egészségügyi rendszet hatáskörének kiterjesztését.<sup>583</sup> Az „ortodox reglementatio” hiányosságaival kapcsolatban Doros Gábor orvosegyetemi tanársegéd fogalmazta meg ellenérveit, ő a törvényi

<sup>577</sup> Bezerédy–Hencz–Zalányi 1967, 178., Szél 1930, 207.

<sup>578</sup> Weiss 1915

<sup>579</sup> *Pécs* (2,6‰), *Baja* (1,9‰), *Budapest* (1,9‰) és *Hódmezővásárhely* (1,7‰), *Békés* (1,3‰), *Csongrád* (1,2‰)

<sup>580</sup> Doros 1926, 316–317.

<sup>581</sup> *Békés* (5,8‰), *Jász–Nagykun–Szolnok* (5,1‰), *Szabolcs és Ung* (4,8‰), *Somogy és Zemplén* (3,5–3,5‰), *Pest–Pilis–Solt–Kiskun* (3,3‰) (Gortvay 1930, 14–15)

<sup>582</sup> *reglementatio*: a prostitúció állami szabályozása; *abolitio*: a prostitúció létezésének figyelmen kívül hagyása az állam részéről

<sup>583</sup> Biró 1927.

szabályozás, a prostitúció üldözése, a büntetések szigorú kivétele helyett a nemi betegségek terjedésének orvosi vonatkozásaira, a nemibeteg-gondozás rendszerének fejlesztésére, a megelőzés és szűrés módszereinek jobb kidolgozására helyezte a hangsúlyt.<sup>584</sup>

Bár a prostitúció és a nemi betegségek közötti összefüggés tényét a kor szakirodalma kétségbevonhatatlan tényként kezelte, nem szabad azt hinnünk, hogy nem voltak ellenvélemények. A prostitúció nemibaj-terjesztő szerepével foglalkozó írások a nagyvárosi helyzetből indultak ki, a falusi prostitúcióra vonatkozóan a kortárs igazgatási, egészségügyi szakemberek annak rejtett volta miatt alig rendelkeztek, alig rendelkezhetek információval. A falusi lakosok körében több elemzés is felhívta a figyelmet a házastárs fontos közvetítő szerepére, illetve az extragenitális fertőzések viszonylag magas hányadára.<sup>585</sup> Somogyi Zsigmond, az Egyetemi Szociálpolitikai Intézet vezetője több éves terepmunka tapasztalatainak birtokában úgy vélte, a községek venereás fertőzöttsége nem a prostitúció, hanem a promiszkuitás következménye, ez pedig a falusi lakosság élet- és munkakörülményeiből, végső soron szociális helyzetéből következik.<sup>586</sup>

Bokor Zsuzsa a 20. század elejére teszi a közegészségügyi szemszögű érdeklődés megváltozását; a korábbi időszak egészségügyi rendészeti jellegű megközelítésének helyébe egy orvosi-eugenikai megközelítés lép. A prostituáltak a testi egészség veszélyeztetőiként, faji degenerációk okozóiként tűnnek fel a szövegekben.<sup>587</sup> Kétségtelen, hogy a prostitúció és a nemi betegségek körüli diskurzus a harmincas években a németországi prostitúció-ellenes intézkedések hatására új lendületet kapott. Biró Béla a németországi antivenereás törvényalkotást és annak hatásait elemezve ismét ringbe szállt a hazai törvényi szabályozás megszigorítása mellett.<sup>588</sup> A felnőttkori fertőzések mellett a „világrahozott” nemi betegségek problematikája is előtérbe került – összhangban a csecsemő- és gyermekegészségügy szerepének felértékelődésével.<sup>589</sup> Többben „Új szülészeti rendtartást”, a szülés előtti orvosi vizsgálatot, illetve a nemibeteg-szűrések rendszerének kiterjesztését várták.<sup>590</sup> A nemi betegségek és a prostitúció körüli viták még a negyvenes évekre is áthúzódtak, a vitázó felek mindegyike több-kevesebb sikert könyvelhetett el az általa képviselt álláspont gyakorlati megvalósulásának tekintetében. Az egészségügyi rendészet, a

---

<sup>584</sup> Doros 1927., Doros 1928.

<sup>585</sup> Pl. Gortvay 1930., Petres 1935.

<sup>586</sup> Somogyi 1928, 8.

<sup>587</sup> Bokor 2013, 47.

<sup>588</sup> Biró 1933., Biró 1935.

<sup>589</sup> Doros 1927

<sup>590</sup> Többek között Matusovszky 1935., Páll 1935.

„rendőrorvosi szolgálat” sikerrel terjesztette ki ellenőrzési hatáskörét a prostitúció különböző fajtáira, a nemibeteg-gondozás központi szervezésbe vétele pedig a nemibeteg-gondozó intézmények hálózatának bővülését, a szűrések és a kezelések számának növekedését hozta, megteremtve a nemi betegségek elleni eredményesebb orvosi küzdelem intézményi alapjait.

**17. táblázat Nemi betegségek a törvényhatósági jogú városokban (1928, ezer főre)**

Baja	17,2
Budapest	30,4
Debrecen	18,1
Győr	9,9
Hódmezővásárhely	12,5
Kecskemét	6,4
Miskolc	23,6
Pécs	34,3
Sopron	6,7
Szeged	17,8
Székesfehérvár	12,7
Tj. városok összesen	25

(Forrás: Gortvay 1930, 16–17)

A prostitúció szerepe az összes venereás betegségben Gortvay György számításai szerint valamivel több, mint 50%-ot tett ki. Legnagyobb arányban (67,4%) a katonák szerezték be fertőzésüket prostituáltaktól, őket az iparban dolgozók (64,3%), a közszolgálati alkalmazottak (58,7%) és az őstermelők (51,5%) követték. A nemi betegségek szociális megoszlása szerint az összes nemi beteg 41,18%-a az iparban dolgozott, 12%-uk volt napszámos, 11,1%-uk őstermelő, 7%-uk pedig házicseléd. A többi foglalkozási főcsoport kisebb aránnyal

részesedett. Korcsoportokat tekintve a leginkább veszélyeztetettek a 20 és 30 év közötti fiatalok voltak, az összes nemi betegek majdnem fele közülük került ki. Családi állapot szerint a házas férfiak 8,5‰-e, a házas nők 4,3‰-e, a nem házas férfiak 11,9‰-e, míg a nők 3,5‰-e volt fertőzött.<sup>591</sup>

**18. táblázat Nemi betegségek gyakorisága foglalkozási csoportok szerint a férfiaknál (1928-ban, ezer főre)**

Östermelés	0,76
Bányászat, ipar, forg.	21,2
Közzszolgálat	22,9
Véderő	28,84
K.m.n. napszámosok	47,74
Házicselédek	10,51
Tőkés, nyugdíjas	8,99
Egyéb és ismeretlen	29,44

(Forrás: Gortvay 1930, 52)

**19. táblázat A nemi betegek korcsoport szerinti megoszlása (1928-ban, százalékokban)**

0–1	1–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–	ismeretlen
1	0,6	0,6	0,5	8	24,9	20,8	21,4	12	7,9	2,3

(Forrás: Gortvay 1930, 48)

A 0–9 éves korosztályok mintegy 2%-os részesedése a venereás betegségekből egy újabb fontos jelenségre irányítja rá a figyelmet. A felmérés adatai szerint az összes venereás fertőzésnek 3,2%-a extragenitális úton történt. Ez az arány a községekben még nagyobb, az

<sup>591</sup> Gortvay 1930, 12.

összes eset 8,3%-a.<sup>592</sup> A nemi betegséggel fertőzött anyák által megszült fertőzött gyermekek ritkán érték meg az egy éves kort. 1920 és 1926 között évente ezer élveszülöttre átlagosan 1,5 szifiliszben elhalt csecsemő esett.<sup>593</sup>

Az 1876-os közegészségügyi törvény rendelkezéseit követően országos nemibetegség-szabályozásra sokáig nem került újra sor.<sup>594</sup> Ráadásul az előírások csak a szifilisszel (bujakórral) foglalkoztak, a gonorrhoea és az ulcus molle (lágycékely) gyógyítása semmiféle szabályozás alá nem esett. A bejelentési kötelezettség az 1930-as nagy szabályozás értelmében egyik nemi betegséget sem érintette. Komoly változást a nemi betegségek ügyében az 1940-es év hozott. Az állami egészségvédelem megszervezésével a nemi betegségek az állam figyelmének központjába kerültek.<sup>595</sup> Az 1940:VI. törvény a nemi betegségek elleni védekezést közfeladattá tette, ellátását az állam végezte a községek és törvényhatóságok, valamint a biztosító intézetek és egyes speciális egyesületek és intézmények közreműködésével. A törvény a 4 ismert nemi betegség (szifilisz, gonorrhoea, ulcus molle, lymphogranuloma inguinale) valamelyikének fertőzőképes, vagy arra gyanús állapotában lévő betegek számára a fertőzőképesség megszűnéséig kötelező gyógykezelést írt elő – ennek elmulasztása esetén zárt kórházi kényszergyógykezelés alá vehették őket.<sup>596</sup> A nemi betegségek terjedésének meggátlására 1941-ben nemi betegségben szenvedők számára fertőzőképességük megszűnéséig megtiltották a házasságra lépést.<sup>597</sup>

Már a tbc tárgyalásánál is szóba került az 1941: XV. törvény a házasság előtti kötelező orvosi vizsgálatról; a törvény tbc-s, illetve nemi betegségben szenvedők számára a fertőzőképesség idejére megtiltotta a házasságkötést. A törvény háttérében a két világháború közötti időszakban Európa csaknem minden országában ismertté és többé-kevésbé a népesedési politika részévé tett eugenikai gondolkodás áll. Az eugenika, vagy ahogy a 20. század eleji szövegekben felbukkan, a fajnemesítés fogalma Francis Galtontól, Charles Darwin unokaöccsétől származik, aki 1869-ben írt „*Hereditary genius*” című könyvében alapozta meg az új gondolatkört.

---

<sup>592</sup> Gortvay 1930, 58.

<sup>593</sup> Szél 1930, 301.

<sup>594</sup> Az első világháború éveiben a katonák és a fertőzés forrásául szolgáló személyek kényszergyógykezeléséről rendelkeztek, és tovább fokozták a prostituáltak ellenőrzését. (Doros 1926, 25–34.)

<sup>595</sup> A tuberkulózissal együtt – a negyvenes évek elejének törvényei a két betegségtípussal kapcsolatos intézkedéseket közel azonos módon szabályozták.

<sup>596</sup> A nemibetegségek elleni küzdelem irányításával az Országos Közegészségügyi Intézetet bízták meg, a nemibetegek gondozását, felkutatását a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat végezte. (Domahidy 1942, 647–648.)

<sup>597</sup> *Magyar Törvénytár. 1941. évi törvények.* Budapest, 1942. Franklin Társulat. 56.

Hoffmann Géza 1916-os írásában így fogalmazta meg az eugenika alapgondolatát: Az eugenika azokat a tényezőket tanulmányozza, a melyek az eljövendő nemzedékek faji tulajdonságán testi és szellemi téren egyaránt javítják vagy károsítják... 1. az ember testi és lelki tulajdonságai örökölhettek és 2. az öröklés meghatározott természetes törvények szerint megy véghez. A következő lépés az a következtetés, hogy ha ismerjük az emberre vonatkozó öröklési törvényeket, akkor többé-kevésbbé uralkodhatunk is rajtuk. Tehát gyakorlati célunk az, hogy az emberanyagot nemzedékről-nemzedékre lehetőség szerint javítsuk és az elsatnyulást kiküszöböljük, más szóval, hogy a kiváló egyének száma lehető legnagyobb, a satnyáké lehető legkisebb legyen.”<sup>598</sup> A gondolkör jól követhetően a darwini tanokon alapszik: „a nép faji értéke csak úgy emelkedik, ha az átlagon felüli egyének mennél több, az átlagon aluliak mennél kevesebb utódot hagynak hátra, a legsatnyábbak pedig terméketlenség által mihamarább egészen kihalnak. E gondolat a természetben is észlelhető kiválasztással is megegyezik” – írja Hoffmann.<sup>599</sup> Az eugenika tehát kialakulásakor a biológia, a természettudományos „tervezés” és egyfajta utópikus, „népesség-nemesítő” gondolkodás keverékeként jelentkezett. Szélsőséges megnyilvánulásai révén viszonylag korán, már a századforduló éveiben megindult ugyanakkor az eugenika és a kriminológia, majd az eugenika és az antropológia összefonódása, megjelent az eugenikai alapú fajelmélet.<sup>600</sup>

Az eugenika Marius Turda elemzése szerint az első világháború pusztításainak következtében kapott fokozott erőre. A fiatal, „életerős” korosztályok tömeges pusztulása a harctereken előtérbe hozta az eugenika által hangoztatott aggodalmakat a népességsökkenésről, illetve a csökkenő népességen belüli „örökletes degenerációk” elterjedéséről. Ez a „népességvédelmi”, illetve az Alfred Ploetz nyomán új értelmet nyert faj szóval kombinálva<sup>601</sup> „fajvédelmi” gondolat aztán kombinálódva a háborúban vesztes országokat ért traumákkal, „a megtört nemzeti büszkeséggel” szélsőséges politikai irányba tolta az eugenikai szemléletet. Turda szerint az eugenika nem az európai eszmetörténet valamely oldalhajtása, mellékszála, hanem az európai modernitás egyik központi eleme. Az eugenika nem tett mást – írja –, mint biológiai diskurzusba helyezte a nemzet kérdését. Az európai politikai elitek mindegyike elfogadta valamilyen formában az eugenikai gondolkört, akár az „egészséges új nemzedékek biztosítása”, akár a „nemzeti újjászületés” is volt annak a végső célként tételezett víziója.<sup>602</sup>

---

<sup>598</sup> Hoffmann 1916, 2.

<sup>599</sup> Hoffmann 1916, 3.

<sup>600</sup> Purcsi 2004, 42-43.

<sup>601</sup> Weindling 2011, 36-39.

<sup>602</sup> Turda 2010

A magyarországi eugenikai mozgalom részletes bemutatása nem célom, ez meghaladná a dolgozat tervezett kereteit. A közegészségügy, az egészségügyi prevenció kapcsán azonban természetesen szükséges az eugenika, mint háttéreszme, az egészségügyi törekvéseknek egyfajta speciális háttért biztosító szemlélet megemlézése. A hazai eugenikai gondolat a közegészségügyben elsősorban a házasság előtti (kötelező vagy fakultatív) orvosi tanácsadás kérdéskörében bukkan fel.<sup>603</sup> A fertőző vagy krónikus betegek, elmebetegek házasságkötésének kapcsán már az 1920-as évektől kezdve folyamatos az orvosi diskurzus, a kérdés fokozatosan a közegészségügy egyik központi témájává vált. Egyre több házassági tanácsadó intézet alakult, amelyek elsősorban nemi betegségek vizsgálatával és szűrésével foglalkoztak.<sup>604</sup>

Gortvay György 1927-ben egyértelműen a házassági tanácsadás mellett érvel. A házassági tanácsadásnak nem csak a nemi betegségek elleni küzdelemben látja a szerepét, hanem általában véve a betegségek, illetve „örökítható degenerációk” továbbadásának elkerülésében is. A gondolat háttérében az eugenikai, „szociálhigiénés” szemlélet áll: „a közegészségügy környezetjavító és betegségmegelőző törekvései hatástalanok fognak maradi – írja –, ha a szellemileg és testileg alacsonyabb értékűek szaporodásának megakadályozásával a társadalmat és az államot meg nem szabadítjuk ezektől az elemektől”.<sup>605</sup> Szexuális zavarok, nemi betegségek, tbc, skizofrénia, mániás depresszió, epilepszia, alkoholizmus, örökletes cukorbetegség, süketnémaság és minden elmebetegség esetében a házasságkötéstől való elállást tartja javasoltnak. A kényszert mindazonáltal elutasítja; véleménye szerint az orvos kötelező jelleggel nem tilthatja el az egyéneket a házasságkötéstől, csak tanácsot adhat, jelezve a házasságkötésből és az esetleges utódnemzésből eredő várható veszélyeket, problémákat.<sup>606</sup> A gondolatkört az 1930-as évek elején írott *Mi a szociálhigiéné* című oktatási céllal kiadott könyvében viszi tovább, itt már a „szociális” elem is megjelenik, a szociálhigiénés szempontból „értékes” csoportként a közép- és a felső társadalmi osztályok jelennek meg.<sup>607</sup>

„A házassági tanácsadás az eugenika morális hatású eszközei közé tartozik. Lényege az, hogy a faj egészségének megjavítása céljából a házastársakat úgy válassza ki, hogy minél jobban

---

<sup>603</sup> A házasság előtti tanácsadás első intézményét Berlinben állították fel 1917-ben ezt követte a bécsi 1924-ben.

<sup>604</sup> Szegedi 2015, 59.

<sup>605</sup> Gortvay 1927, 96.

<sup>606</sup> Gortvay 1927, 102.

<sup>607</sup> Érdekes ellentéte mindez a népi írói mozgalom által képviselt, ugyancsak a faj fogalmával operáló szemléletnek, amely éppenséggel a középosztály(ok) elkorcsosulásáról és ezzel szemben a parasztság, a „magyar paraszt” eugenikai szempontú értékéről, a magyarság fennmaradásában betöltendő szerepét helyezte a középpontba. (Gortvay é.n.).



kiküszöbölődjék a beteges átöröklési anyag és felhalmozódjanak az értékes hajlamok. Ez a pozitív eugénika. A modern eugénika ettől a kiselejteztől várja az emberiség tökéletesítését. A negatív eugénika egyik formája, amikor az orvostudomány a csökkent értékű vagy öröklékeny betegségben szenvedők házasságát megakadályozni törekszik.” – írja a házassági tanácsadást ugyancsak a közegészségügy kérdésének középpontjába helyező Dobák Ferenc. „A házasság előtti tanácsadás számos, a házasságra képtelenné tevő fejlődési rendellenességet, idült fertőző bajt, t. b. c, vérbaj, azonkívül szív és vesebaj az anyagcsere és vérképző szervek megbetegedését, valamint elme és idegbajokat felfedezvén sok szerencsétlen házasságot akadályozna meg, és sok beteg született egyén kálváriájának vehetné elejét. Sokszor már az is elegendő, ha a jegyespárokat vagy a szülőket felvilágosítjuk a meglevő betegségről és annak következményeiről. Ha azután a házasságra lépő kigyógyult fertőző bajából, engedélyt kaphat a házasságra.”<sup>608</sup>

A kötelező házasság előtti vizsgálatok rendszerét 1942 elejétől vezették be. Az esküvő előtt legalább 30 nappal kellett igazolást szerezni az illetékes tiszti orvostól arról, hogy nem szenved fertőző betegségben. A fertőző tbc-seket és nemi betegeket az 1940:VI. törvény alapján egyben gyógykezelésre is kötelezték.

Szegedi Gábor az 1941-es törvényről írott elemzésében Foucault nyomán<sup>609</sup> a „szabályszerű szexualitás” normává válásának kiteljesedését, bevezette a „házassági és szexuális normalizációt”. Felhívja ugyanakkor a figyelmet arra, hogy magát az eugenikai és az ezen belül kiemelten jelentkező nemi betegségekhez kötődő diskurzushoz az 1930-as években antiszemitizmus nem kapcsolódott – annak ellenére sem, hogy az 1941-es törvény már összekötötte az eugenikai és az antiszemita intézkedéseket, hiszen a házasságkötés előtti kötelező orvosi vizsgálat bevezetése mellett többek között a zsidók és nem zsidók közötti házasságkötést is megtiltotta.

A diskurzus a negyvenes években mindazonáltal már messze nem volt mentes a fajelméleti elemektől – „fajhigiénés”, ennek keretein belül elsősorban a cigányság ellen irányuló elemek jelentek meg benne.<sup>610</sup> A háttérben nyilvánvalóan a németországi történések álltak, ahol is 1940-től megindultak a faji alapú deportálások.<sup>611</sup> Ezt a hatást valószínűsíti, hogy a folyamat hasonló módon ment végbe többek között a szomszédos Romániában is: az 1920-as és 1930-

---

<sup>608</sup> Dobák 1935

<sup>609</sup> Foucault 1999

<sup>610</sup> Többek között Mészáros 1941; Szentkirályi – Szentkirályi 1941; Szép 1944.

<sup>611</sup> Himmler 1938 végén jelentette ki, hogy a cigánykérdést a német fajpolitika szellemében kell megoldani, 1939-től pedig megkezdték kidolgozni a cigányság deportálásának tervezeteit. (Karsai 1992, 69-70.)

as években még dominánsan orvosi kérdésként jelentkező eugenika ott is az 1940-es évek elejére váltott át rasszista nacionalista diskurzussá.<sup>612</sup>

### *A kiütéses tifusz*

A pestis és a himlő mellett a közép- és koraújkor harmadik nagy járványokat okozó betegsége a kiütéses tifusz (typhus exanthematicus) volt. A betegség kórokozója a *Rickettsia prowazeki* baktérium, melynek terjesztéséért különböző vektorok (ruha- illetve fejtetű) felelősek.<sup>613</sup> A 19. század végéig 10-15 éves rendszerességgel felbukkanó járványok hatásának súlyosságát fokozta, hogy a betegség jellegéből és terjedéséből adódóan a háborús időszakokban, illetve azok elmúltával, éhínségekkel párhuzamosan jelentkezett. Az 1852–53-ban, 1864–65-ben, majd 1867-ben újból jelentkező tifuszjárványok hatására külföldi szerzők a kiütéses tifuszt Magyarországon (ismét) endémiás betegségnek minősítették.

A betegség a századfordulót követően Magyarországon már csak elszórtan jelentkezett (1908, 1910), Európa keleti részén, Oroszországban és a Balkánon (elsősorban Romániában) azonban továbbra is járványokat okozott. A trianoni területelcsatolások után, az endémiásan fertőzött területekkel közvetlenül érintkező országrészek határon túlra kerülése miatt, úgy tűnt, hogy reális esély nyílt a kiütéses tifusz Magyarországon kívül tartására. Erre utalt, hogy az 1918-ban Oroszországban kirobbant nagy járvány, mely fokozatosan Észtországra, Lengyelországra, Csehszlovákiára és Romániára is áttért, csak 1923-ban jutott be hazánkba, és viszonylag hamar sikerült is megfékezni terjedését, mindössze 385 megbetegedést okozott. (A szomszédos Csehszlovákiában a teljes lakosság 2,24 ezrelékére rúgott a megbetegedettek aránya.)<sup>614</sup>

A prostitúció medikalizálásának története meglehetősen jól feldolgozott. Ennél lényegesen kevesebb figyelmet kapott a hazai társadalomtörténet-írásban a cigányokkal kapcsolatos diskurzus megjelenése az orvosi szakirodalomban és szakmai közvéleményben, a „cigánykérdés”, mint orvosi-egészségügyi kérdés jelentkezése. A (vándor)cigányság mint a járványok hordozója kép végigvonul az egészségügy „modern”-kori hazai történetén. A járványok terjedése – mint azt a 19. század járványtörténete is egyértelműen bizonyítja –

---

<sup>612</sup> Turda 2011, 348-350.

<sup>613</sup> Bővebben Kiss 2004; Kiss 2007.

<sup>614</sup> Szél 1930, 164., Szél 1925, 20–21.; a szovjet-oroszországi járvány részletes elemzése: Patterson 1993.

egyértelműen összefügg a vándorlásokkal, legyenek azok akár katonai csapatmozgások, akár háborúkkal összefüggő egyéb népmozgások, akár egyéb célú, például kereskedelmi okból megvalósuló mobilitások. A vándorlással, mint életformával szembeni közegészségügyi fellépés azonban a manifeszt módon megnyilvánuló járványveszélyen túl más társadalmi szerepet is betölt – az egészségügyi rendszert révén „felügyelő”, illetve alkalmasint „büntető” funkciót is ellát.

A vándorcigányokkal kapcsolatos egészségügyi „érdeklődés” csúcspontjai elsősorban egy-egy járvány, fertőző betegség felbukkanásával, elterjedésével esnek egybe – állapítja meg a téma egyik kutatója.<sup>615</sup> Pomogyi László három korszakot emel ki ebből az aspektusból: az első a kolerajárványok időszaka a 19. század közepén-végén, a második a századforduló éveiben kitört himlőjárványok korszaka, a harmadik pedig a kiütéses tifusznak a 20. század első évtizedeiben történő előtérbe kerülése.

A kiütéses tifusz az 1920-as évek közepétől kezdve egyre gyakrabban bukkant fel Magyarországon. 1933 elején a Borsod megyei Külsőbőcs cigánytelepén ütötte fel a fejét, majd rövidesen a távolabb fekvő Sajóvárkonyban is megjelent.<sup>616</sup> Három évvel később a Bihar megyei Álmosd és Bagamér községekben jelentkeztek kiütéses tifuszos megbetegedések. A vizsgálat során kiderült, hogy az országhatárokon illegálisan átjárók hurcolták be a kórt: Bagamérra Romániába átjáró koldusok, Álmosdra pedig kereset-kiegészítésként csempészéssel foglalkozó helybeliek révén került.<sup>617</sup>

A kiütéses tifusz-veszély ismételt megjelenése, majd fokozódása tehát ismét a vándorcigányság felé fordította a közegészségügy, illetve az igazgatás érdeklődését. Az 1920-as évek közepétől kezdve megszorodnak a vándorcigánysággal közegészségügyi veszélyforrásként számoló rendeletek. A vándorcigányok fokozott felügyelete, folyamatos ellenőrzése mellett a tömegszállások, „mindazon helyiségek..., amelyekben a lakosok zsúfoltan tartózkodnak” egészségügyi kontrollját is előírták. A járványveszély tehát ismét összekapcsolódott a nyomorral, a vándorló, „rendezetlen” életmódot folytató, integrálatlan vagy éppen kitaszított népelemek képével.

Ha a prostituált teste kapcsán megemlítettük a „normalizálási” szándékot, akkor ezt a vándorcigányság esetében is meg kell tennünk. Az egészségügyi alapú ellenőrzés egyszerre

---

<sup>615</sup> Pomogyi 1995, 189.

<sup>616</sup> Spiry 1934, 312–316.

<sup>617</sup> Török 1936, 1048–1049.

valósította meg a közegészségügy és a közrendészet kívánalmait: a kóborló cigányokat eltiltották a vásárok látogatásától, igyekeztek megakadályozni vándorlásukat, tartózkodási helyeiket állandóan figyelték. Egy 1923-as belügyminiszteri körrendelet előírta, hogy „az összes vándorcigányok egészségi állapotuk megvizsgálása, továbbá esetleges fertőtlenítés céljából a legközelebbi elsőfokú egészségügyi hatóságnál előállíttassanak.”

Egy 1933-as rendelet továbbmegy ennél, előírja, hogy az egyes törvényhatóságok területén állandó lakhellyel nem bíró vándorlókat (tehát nem csak a vándorcigányokat) tetvességtől vagy betegségtől, illetve annak gyanújától függetlenül fertőtlenítsék, hajukat pedig nyírják le. Az egészségrendőri fellépés – a „felügyelet” – tehát elválik a tényleges betegségtől vagy a fertőzésveszélytől – a kopaszra nyíratás ráadásul legalább annyira szolgálja az elkülönítést, a megkülönböztetést, mint a védekezést, konnotációi révén a „normális”-tól való eltéréssel szembeni „büntető” intézkedésként is jelentkezik.

A terület-visszacsatolások következtében a sűrűn kiütéses tifusz-járta területek ismét közel kerültek Magyarországhoz. Ez a betegség gyakoribb jelentkezéséhez vezetett: míg 1937-ben és 1938-ban nem volt kiütéses tifuszban elhalt személy Magyarországon, addig 1939-ben 2, 1940-ben 5, 1941-ben 16 fő halt meg ebben a betegségben. Ugrásszerű növekedés a következő évtől volt: 1942-ben 58, 1943-ban pedig már 106 kiütéses tifusz-halottat regisztrált az Országos Közegészségügyi Intézet. A 247.700/1938 BM rendelet ismét elrendelte a cigánytelepek, tömegszállások, menhelyek fokozottabb egészségügyi ellenőrzését.<sup>618</sup> A megnagyobbodott országterületen, különösen az egészségügyi és infrastrukturális szempontból egyaránt rendkívül elmaradott Kárpátalján az első megfigyelések és vizsgálatok nagy mennyiségű kiütéses tifuszos megbetegedésről számoltak be – a kiütéses tifusz az országhatárokon belülre került, az egészségügyi igazgatás pedig meglehetősen készületlenül állt egy esetleges kiterjedtebb járványveszély elhárítása előtt.

A vármegyei szintű fellépés helyébe ezen a téren is központi elem került – a védekezés élére az OKI állt. A védekezés központi eleme a tetűirtás, a tetvetlenítő fürdők, a gépi tetvetlenítők alkalmazása lett.<sup>619</sup> Ungváron kiütéses tifusz elleni védőanyag-termelő intézet, 1939-ben Kassán, Komáromban és Ungváron, 1940-ben Nagyváradon, 1942-ben pedig Újvidéken OKI-

---

<sup>618</sup> Kerbolt 1944, 96–99.

<sup>619</sup> Pl. Benyó 1942., Joó 1942., Makara 1942a,b,c,d., Makara – Toronyi 1943., Páter 1943.

fiókállomás, Kolozsvárott pedig fiókállomási jogkörrel felruházott higiéniai laboratórium létesült.<sup>620</sup>

### *A nép szembetegsége: a trachoma*

Nem mortalitása, hanem erős fertőző jellege, idültté válásának magas aránya és a szem károsítása révén okozott súlyos egészségügyi és szociális hatásai miatt vált az egyik legjobban exponált fertőzőbetegséggé a járványos kötőhártya gyulladás (a trachoma, vagy ahogy származási helye alapján elnevezték: az egyiptomi szembetegség). A trachoma nemcsak nálunk, hanem az egész világon igen elterjedt és súlyos károkat okozó betegségnek számított. Egyes elemzések szerint a legjobban fertőzött Egyiptomban a trachomások aránya elérte a lakosság 90–95%-át. Algéria, Marokkó, Tunisz átlagosan 50%-ban, de egyes területeken ennél lényegesen erősebben fertőzött volt. Palesztinában az iskoláskorú gyermekek több mint háromnegyede szenvedett ebben a betegségben, Bagdad lakossága körében a fertőzöttek aránya mintegy 80%-ot, Kínában, Japánban 10%-ot tett ki.<sup>621</sup> Európában legerősebben a balti államokban, Finnországban, Lengyelországban, a Balkánon, Oroszország egyes területein, valamint a mediterrán térségben, Olaszország és Görögország szigetein továbbá Spanyolországban terjedt el.<sup>622</sup> Az érintett országok legtöbbje hatalmas energiákat mozgósított a fertőzés visszaszorítására: mozgókórházakat, rendelőintézeteket állítottak fel, szakképzett trachoma-orvosokat és ápolókat alkalmaztak, a betegek számára külön intézményeket (iskolákat, sorkatonai alakulatokat) állítottak fel. Az Amerikai Egyesült Államok 1897-től kezdve nem engedte a területére lépni a trachomában szenvedő külföldieket.<sup>623</sup>

Magyarországon csak az 1880-as évek elején fedezték fel a trachomás fertőzöttség nyomait. Egy Torontál vármegyei törvényszéki bírónak feltűnt a tárgyalásokon megjelent sok szembeteg egyén, és jelentést tett róluk a közigazgatási vezetésnek. Az ügy kivizsgálásával megbízott Feuer Náthán szabadkai ezredorvos a volt katonai határőrvidékről kiinduló súlyos trachomás fertőzést fedezett fel. A kormány azonnal felismerte a veszély nagyságát, és egy évvel Feuer jelentése után máris megkezdte a trachoma elleni hatósági küzdelem

---

<sup>620</sup> Bakács 1959, 59

<sup>621</sup> A trachoma földrajzi elterjedése. *Népegészségügy*, 1927/18. 1267–1270.

<sup>622</sup> Grósz 1940, 14–15.

<sup>623</sup> Grósz 1940, 42–46.

szervezését.<sup>624</sup> Az egyre jobban szélesedő vizsgálatok hamarosan további trachomás területeket tártak fel. *Torontál* vármegye esetében a fertőzés behurcolói a pétervári és gradiskai határőrezredekbe leszerelt, korábban trachomás megbetegedésen átesett és „gyógyult” elbocsátott katonák, a szintén erősen fertőzött *Kalocsa* környékén a helybeliek állítása szerint az 1850-es években ott állomásozó lengyel dzsidások voltak. Kisebb fertőzött góc volt még *Zala* megyében, ahová a szlavóniai területekről hurcolták be a fertőzést, valamint két, vándormunkások révén megfertőződött terület, *Nyitra* és környéke és Erdély középső része. Az erősen fertőzött felvidéki, északkelet-magyarországi megyékben (*Árva, Túróc, Liptó, Zemplén*) Amerikából hazatérő szembetegek terjesztették el a kórt.<sup>625</sup>

A Magyar Statisztikai Évkönyv adatai szerint a 20. század elején, az első világháború előtti időszakban az addigra legerősebben megfertőzött *Bács–Bodrog* vármegyében évente átlagosan 6–8000 trachomás beteget tartottak nyilván.<sup>626</sup> *Trencsénben, Pest–Pilis–Solt–Kiskunban* és *Szeged* városában évi 3–4000, *Nyitra, Bars, Liptó, Torontál* és *Zala* megyében valamint *Szabadkán* pedig 2–3000 fertőzöttet kezeltek. 1914-ben *Liptó* megye lakosságának 14‰-e, *Szeged* 15‰-e, *Árva* és *Trencsén* megye valamint *Zombor* törvényhatósági jogú város 12‰-e, *Bács–Bodrog, Csongrád* és *Túróc* 11‰-e volt trachomás. Országosan 2,28‰ volt a fertőzöttségi arány.

A trianoni határmódosítások következtében a felvidéki megyék, valamint *Bács–Bodrog* és *Zala* legjobban fertőzött területei a szomszédos országokhoz kerültek. A 20-as évek elején két góc, *Pest–Pilis–Solt–Kiskun* megye és a szegedi tanyavilág emelkedett ki a trachomások számát tekintve, de lassan felzárkózott melléjük a szegedi trachomásokkal érintkező *Csongrád* (2–3000 beteg/év), valamint a Jugoszláviához került Murán túli területekkel ismét egyre szorosabb érintkezésbe lépő *Zala* vármegye (2–5000 beteg/év). A 20-as–30-as évek folyamán még öt törvényhatóság, *Somogy, Borsod, Gömör és Kishont, Békés* és *Bács–Bodrog* megye, valamint *Kecskemét* (főleg annak tanyavilága) vált erősen trachoma-fertőzötté (évi 1000–2500 kezelt beteg). A vármegyéken belül sokszor egy-két településre illetve járásra koncentrálódott a trachoma. A borsodi Mezőkövesden 1926-ban a lakosság 3, 1937-ben mintegy 5%-a volt trachomás fertőzött.<sup>627</sup> *Zala* vármegye letenyei és nagykanizsai járásának falvai közül 1926–28-ban Tótszentmártonban 35,5, Molnáriban és Semjénházán 33,

---

<sup>624</sup> Feuer 1895, 1–3

<sup>625</sup> Feuer 1895, 12–15.

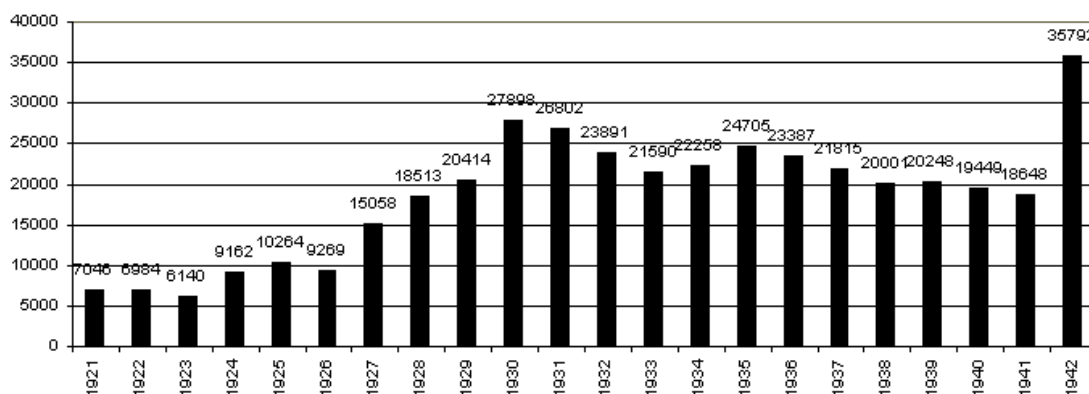
<sup>626</sup> A Statisztikai Évkönyv a „határozottan trachomás” és a „gyanús” eseteket külön kezeli. A következőkben bemutatott értékek csak az első kategória adatait tartalmazzák.

<sup>627</sup> Saád 1941a, 305.

Murakeresztúron 25, Tótszerdahelyen 23, Petriventén 20, további 11 községben pedig 7–18%-os trachoma-fertőzöttséget állapítottak meg.<sup>628</sup> Somogyban főleg a barcsi, szigetvári és nagyatádi járásban terjedt el a betegség.<sup>629</sup>

Bár a jugoszláv állam is komoly erőfeszítéseket tett a trachoma megfékezésére, az első világháború éveiben széthurcolt fertőzéssel nem tudott mit kezdeni. A világháború utáni években a Jugoszláviához került egykori magyar területeken a trachomások száma a világháború előttinek sokszorosára nőtt.<sup>630</sup> Ennek legszembeötlőbb jele, hogy az 1942-ben újraegyesült *Bács–Bodrog*, *Vas* és *Zala* megyében az évi statisztika soha nem látott számú trachomást jegyzett fel (*Bács–Bodrog* 7751, *Zala* 11144, *Vas* 2357 beteg). Visszacsatolták a trachomás erdélyi és felvidéki részeket is: az összes trachoma-beteg száma 1938 és 1941 között átlag évi 18–20000 volt, 1942-ben azonban már 35792 „határozottan trachomás” egyént tartottak nyilván.

**37. ábra A „határozottan trachomás” betegek száma Magyarországon a két világháború között**



(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv* 1921–42.)

A trachoma elleni védekezést a századfordulón és a 20. század elején nagyban megnehezítette, hogy a fertőzöttség mentesített a katonai szolgálat alól. Sokak számára valóságos áldást jelentett az életveszéllyel nem járó, bár meglehetősen kellemetlen és fájdalmas betegség, így nem nagyon törekedtek arra, hogy gyógykezeltesék magukat. A trachomások katonáskodás alóli felmentettségét végül 1904-ben eltörölték. Besorozásuk után

<sup>628</sup> Lénárd 1928, 869–873.

<sup>629</sup> Johan 1939, 221–222.

<sup>630</sup> Donhoffer 1925, 660–671.

a hadsereg kötelékén belül hat hónapos kötelező gyógykezelésre küldték a trachomában szenvedő újoncokat. Az első világháborúban külön trachomás osztagokat, sőt trachomás ezredeket állítottak fel a kór terjedésének megakadályozására.<sup>631</sup>

1886-ban törvény született a trachoma elleni védekezésről, amelyben többek között speciális trachoma-kórházak felállítását rendelték el. A törvényt egy ideig nem követte érdemi intézkedés. „Az 1886. évi V. tcz. 3. §-a szerint a külön szemkórházak felállítása, valamint ... a szükséges tanfolyamok berendezése s e tanfolyamot hallgató orvosok szükség szerinti anyagi segélyezése költségvetési hitel hiányában mind eddig nem volt életbe léptethető.” – állapította meg 1890-ben gr. Teleki Géza belügyminiszter. – „Most azonban a trachoma nagyobb mérvű elterjedése és rohamos fejlődése megköveteli, hogy ezen betegség terjedése minél kisebb körre szoríttassék. E végből a költségvetésben gondoskodni kellett a szükséges fedezetről.”<sup>632</sup> 1890-ben külön költségvetési tételként jelentkeztek „a trachoma elfojtására szánt” kiadások. A tétel 1890-től 1899-ig évi 40-60 ezer forintot tett ki (ebből trachoma-kórházakra 1893-ig évi 5, 1894-től évi 10 ezer forintot szántak).

Az 1886:V. törvény a trachoma elleni védekezésről, majd az 1903/110.000 BM rendelet az egész országban egységesen próbálta rendezni a fertőzés meggátlásának kérdéseit és a betegek gyógykezelésével kapcsolatos ügyeket.<sup>633</sup> A trachoma elleni orvosi védekezést 1895 óta erre a célra szervezett trachoma-szolgálat irányította. Időközönként szemvizsgálat alá vonták az iskoláskorú gyermekeket, a vándormunkások egyes csoportjait, leszerelő katonákat, iparostanoncokat, a toloncházak, fogházak lakóit. Trachomás eset felbukkanása esetén az egész községet szemvizsgálatnak vetették alá.<sup>634</sup> A trachoma elleni védekezés megszervezésére kormánybiztosi állást is létesítettek.

1895-től a fertőzött területeken trachoma-kórházakat kezdtek felállítani, először a Nyitra megyei Privigyén, Szabadkán, Szegeden, Kalocsán és a zalai Perlakon. A községi és körorvosok munkájának csökkentése érdekében trachoma-orvosokat küldtek az érintett térségekbe.<sup>635</sup> A századfordulón már 9 trachoma-kórház, három speciális kórházi szemosztály és 42 trachoma-orvos működött az országban.<sup>636</sup>

---

<sup>631</sup> Grósz 1940, 39–40

<sup>632</sup> *Indokolás a m. kir. Belügyminisztérium 1890. évi költségvetéséhez.* Budapest, 1889. 17.

<sup>633</sup> *Magyar Törvénytár. 1884–86. évi törvénycikkek.* Budapest, 1897. Franklin Társulat. 296–297., Grósz 1940, 5., Fáy 1912, 312–328.

<sup>634</sup> Feuer 1895, 1–8.

<sup>635</sup> Feuer 1895, 8.

<sup>636</sup> *A trachoma-ügy Magyarországon 1883–1900-ig.* Budapest, 1900. 16–17.



A trachoma-ügy költségvetési megjelenésével párhuzamosan az egyéb szemkórházakra előirányzott tétel is gyors növekedésnek indult. A költségvetés régi tételei között szerepeltek az „országos szemorvosok és szemgyógyintézetek” kiadásai. Országos szemkórházak 1876-tól Kolozsvárott, Nagyszebenben, Marosvásárhelyen és Brassóban működtek, költségvetési részesedésük elenyésző (évi 2-3000 forint) volt, ennek nagyobb része is a szemorvosok díjazására fordítódott. 1880 óta már csak a brassói szemkórház kiadásait finanszírozták állami keretből, a kórház a szemorvosok tiszteletdíjával együtt évi 2065 forintban részesült. A szemkórházi kiadások növekedését 1895-től az állami irányítás alá került intézmények számának bővülése kísérte. A századfordulón már innen finanszírozták a brassói, a perlaki, a zsolnai, majd az 1901-ben létesült alsólendvai szem-, illetve trachoma-kórházakat. A század első éveiben Óbecsén és Szegeden is megnyitották a szemgyógyintézeteket, majd 1907 májusában megnyílt a Budapesti Állami Szemkórház.<sup>637</sup> Az első világháború után a trachoma-kórházak hálózata megszűnt, a legtöbb kórház a szomszédos országokhoz került. A speciális szemgyógyellátást (az egyetemi szemklinikákon kívül) a budapesti (és az 1920-as évek elején rövid ideig fennálló nagykanizsai) szemkórház végezte.

A speciális intézményekkel való ellátottság a két világháború közti időszakban tovább javult.<sup>638</sup> A trachomaorvosok egyre magasabb száma révén csökkent a kórházakban ápolott betegek száma, egyre többen tudtak járóbetegként is orvosi kezelésben részesülni.<sup>639</sup>

A trachoma terjedését minden más fertőző betegségnél egyértelműbben a mezőgazdasági vándormunkásokhoz, a summásokhoz kötötték. Már a századfordulón így írtak a kór terjedéséről: „(A) trachoma terjedése mai nap majdnem kizárólag ezen sok ezerre menő mezei munkásoknak tudható be. ... Ezen 120–160 főből álló csapatok – kik közt férfiak, nők és serdülő gyerekek vannak – külön munkásvezető vezetése alatt tavasszal kivonulnak munkára és csak késő ősszel térnek haza. Ha ily csoportban néhány trachomás munkás is van, akkor ezek a hónapokon át tartó szoros együttlét s a rendszerint igen rossz lakási viszonyok folytán fertőzik az egészségeseket s a csapat rendszeren sokkal több trachomással jön haza, mint amennyivel indult.”<sup>640</sup> 1942-es adatok szerint néhány vármegye esetében találhatunk összefüggést a trachomások nagy száma és a vármegye nagy arányú summáskibocsátása

---

<sup>637</sup> Az óbecsei és az alsólendvai trachoma-kórházakat néhány éves működés után még a század első éveiben fel is számolták.

<sup>638</sup> 1940-ben Budapesten 76 ágyas szemkórház és egyetemi szemklinika, Pécsen, Debrecenben és Szegeden ugyancsak egyetemi szemklinika, Sopronban, Szombathelyen, Zalaegerszegen, Kaposváron, Baján, Kecskeméten, Hódmezővásárhelyen, Gyulán, Miskolcon, Nyíregyházán, Beregszászon és Kassán kórházi szemesztály látta el a szembetegeket. (Grósz 1940, 53.)

<sup>639</sup> Szász 1937, 1132–38.

<sup>640</sup> *A trachoma-ügy Magyarországon 1883–1900-ig*. Budapest, 1900. 11.

között (pl. *Zala, Vas, Borsod* megyékben), más megyék viszont, bár szintén sok vándormunkás indult útnak községeikből, ekkoriban nem számítottak különösebben fertőzöttnek (*Bars és Hont, Heves, Nyitra és Pozsony*).<sup>641</sup>

A trachomás mezei munkások elkülönítéséről és gyógykezeléséről több rendeletben (pl. 110.000/1903 BM, 29500/1910 BM, 12955/1922 NMM) is foglalkoztak.<sup>642</sup> A trachomások cselédnek szegődését általában véve megakadályozták, a (gyakran az egész család számára) éves keresetet biztosító summásmunkától azonban nem tilthatták el őket. A rendeletek a trachomás summásmunkások munkahelyükön történő bejelentését, külön szálláson elhelyezését és a pihenőnapokon történő gyógykezelését írták elő.<sup>643</sup> A munkaadók ellenben – nagyrészt vélhetően a különböző előírásokból fakadó pluszterhek miatt – a két világháború közötti időszakban egyre gyakrabban kötötték ki, hogy trachomás vagy trachomagyánús munkást nem alkalmaznak.<sup>644</sup> Mint említettük, a summások esetében az egész család megélhetését biztosította az elszegődés: ezért az elutasítástól való félelem miatt sokan természetesen igyekeztek eltitkolni betegségüket. A munkahely és a munkaadó által biztosított szállás rossz köztisztasági viszonyai, igénytelensége; a közös mosdóedény és a gyakran közös mosdóvíz a munkáscsoportok körében aztán már könnyen elterjeszthette a fertőzést.<sup>645</sup>

A trachomás megbetegedést a summásoknál kisebb mértékben ugyan, de még egy jellegzetes társadalmi csoport, az ortodox zsidóság körében is gyakran tapasztalták. Bár Feuer Náthán a 19. század végén még nem tartja jellemzőnek a trachomát a hazai ortodox zsidó népességre – a galíciai zsidók magas fertőzöttségi arányát azonban ő is említi,<sup>646</sup> a 20-as években már több szerző is beszámol egyes városok (Debrecen, Balassagyarmat) ortodox zsidóságának sűrű trachomás fertőzöttségéről. A terjedés köreikben minden valószínűséggel egy vallási rituáléhoz, a közös vízben történő mosdáshoz kapcsolódott.<sup>647</sup>

A hatóság és az orvosok megítélése szerint még egyes hagyományos népszokások is a fertőzés veszélyét hordozták magukban. „Amennyiben a hatóságok területén oly népszokások fordulnának elő, melyek a trachóma terjedésére alkalmasak (mint pl. Szeged környékén a menyasszonymosdatás, mely népszokás szerint a menyasszony egy tál vízzel sorba járja a

---

<sup>641</sup> Mozolovszky 1942, 563.

<sup>642</sup> Fáy 1912, 319–320.; Atzél 1928, 316.

<sup>643</sup> Fáy 1912, 320.

<sup>644</sup> Saád 1941a, 305.

<sup>645</sup> Lénárd 1928, 874

<sup>646</sup> Feuer 1895, 14.

<sup>647</sup> Görgey 1926, 824., Lénárd 1928, 873.

vendégeket, megmossa azoknak arcát és azután közös törülközőt nyújt nekik arcuk megtörlése céljából) felhívom Cimet, hogy a népet az ily szokás veszedelmes voltára figyelmeztetve, azt szigorúan tiltsa be.” – intézkedik a már többször is említett 1903-as belügyminiszteri rendelet.<sup>648</sup>

### *Egyéb fertőző betegségek*

A fertőző betegségek közül a fentieknél kisebb, de nem elhanyagolható jelentőségű volt a korszakban az emberi lépfene, a veszettség és a merevgörcs. Az emberi lépfene (pokolvar, anthrax) az állati lépfenével függ össze, elsősorban a beteg, elhullott állatok bőre, húsa terjeszti. Ezen sajátossága miatt jellegzetesen foglalkozási betegségnek minősítették. 1933-ban a Magyarországon számon tartott 162 lépfenes betegből 52 volt östermelő (32%), 33 háztartásbeli (20%), 13 napszámos (8%), 6–6 mészáros és tímár (4%), 5 bőrgyári munkás (3%), 4–4 gépkocsivezető, illetve koldus (2,5%). A maradék 24% között 13 gyerek volt (8%), a többi fertőzött egyéb foglalkozások között oszlott meg. A legnagyobb betegszámokat *Szabolcs és Ung* (41 fő), *Bihar* (26 fő) és *Zemplén* (21 fő) vármegyékből jelentették.<sup>649</sup> Kerbolt László szerint leginkább a pásztorok, gyepmesterek, mészárosok, állatorvosok, illetve az iparban a bőrgyári munkások, gyapjufeldolgozók, valamint az állati eredetű nyersanyagok és termékek szállítói vannak kitéve lépfene-fertőzésnek.<sup>650</sup>

Veszettség tekintetében Magyarország a 19. században és a 20. század első évtizedeiben erősen fertőzött területnek számított. Az állatok veszettség elleni védőoltására 1900 előtt inkább csak gyengécske kísérletek történtek. A veszettséggel fertőzött háziállatok elhullása még 1925-ben is több mint 1 milliárd korona veszteséget okozott az államnak.<sup>651</sup> A veszett állatok támadása illetve az azokkal való érintkezés miatt fertőzésnek kitett embereket a 19. század végéig csak különféle házi praktikákkal próbálták gyógyítani. A világ első veszettség elleni oltóintézetét Louis Pasteur alapította meg Párizsban. A párizsi intézet megalakulását követően Ilja Iljics Mecsnyikov Odesszában, Hőgyes Endre pedig Budapesten alapított veszettség elleni oltóintézetet.<sup>652</sup> A budapesti Pasteur-Intézet munkájának eredményeképpen a

<sup>648</sup> Fáy Aladár, *Egészségügyi közigazgatás*. Budapest, 1912. 320.

<sup>649</sup> Somogyi 1938, 505.

<sup>650</sup> Kerbolt 1944, 112–113.

<sup>651</sup> Aujesky 1928, 9.

<sup>652</sup> Kempler 1984, 203–204.

veszettség mint emberi halálok az 1940-es évekre csaknem teljesen eltűnt Magyarországról. Az Intézet statisztikai szerint az országban 1890 és 1908 között 394, 1909 és 1927 között 312, 1928 és 1942 között 29 veszettség miatti haláleset történt.<sup>653</sup>

Nem volt kifejezetten foglalkozási betegség, de elsődlegesen a mezőgazdasági munkát végző lakosság körében volt gyakori a merevgörcs (tetanus, „merevgörcs”). A 20-as, 30-as években átlagosan évi 2–300 tetanusos esetről szóltak a híradások, persze mivel a vérmérgezés nem tartozott a bejelentendő betegségek közé, ezek a számok nem feltétlenül pontosak. Annyi mindenesetre biztos, hogy a tetanus-fertőzés leggyakrabban nyáron jelentkezett, főleg az aratás utáni tarlón elszenvedett lábsérülések következtében. 1928 és 1932 között az összes tetanusos beteg 61%-a mezőgazdasági foglalkozású, 13%-a ipari alkalmazott, 9,5%-a önálló iparos volt. A tetanus következményeit tekintve rendkívül súlyos betegségnek számított: nagyjából minden második betegnek a halálát okozta.<sup>654</sup>

### ***Daganatos és keringési betegségek***

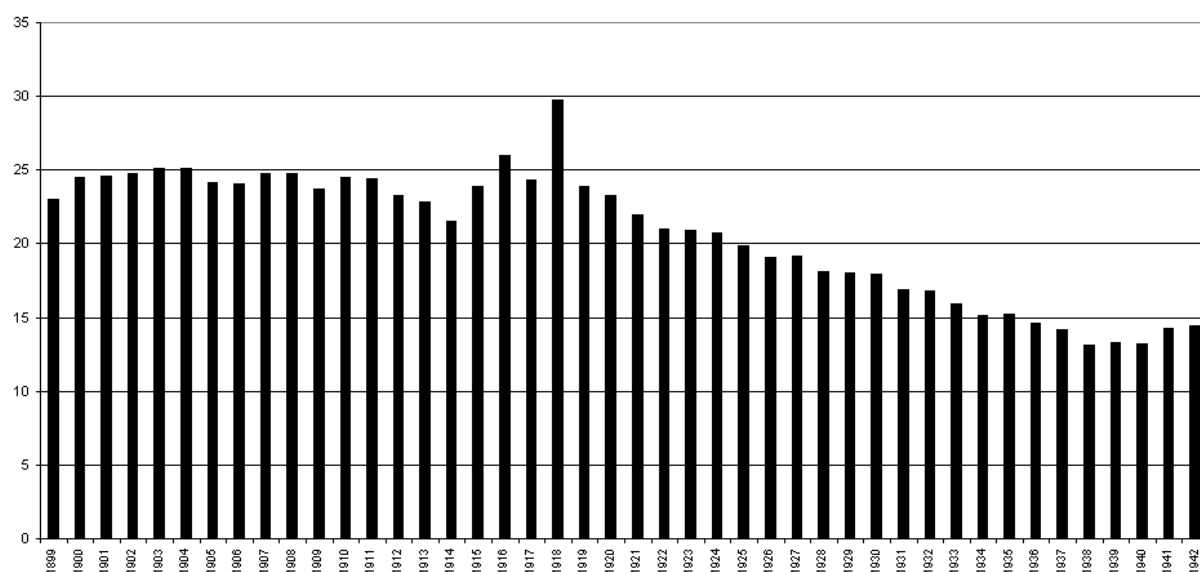
A keringési- és a rákhalálozás a 20. század folyamán mind nagyobb arányban jelentkezett az összhálalozáson belül. Mindkét mutató erőteljesen emelkedik, a keringési betegségek mortalitása az 1901-es 0,69‰-ról 1940-re 2,57-ig növekszik, majd kismértékű csökkenésnek indul, míg a rákhalandóság az 1901-es 0,38‰-ról 1942-re 1,09‰-ig kúszik fel (maximumon 1937-ben van: 1,15‰). A rákhalálozás növekvő aránya a kortárs szerzők érdeklődését is felkeltette. Sokan a rákos halálesetek arányának (és abszolút számának) növekedésében a korabeli statisztikai módszerek, a haláleset-bejelentések változását látták. Zalka Ödön szerint a rák szaporodása egyenesen a halálozási statisztika hibáira mutat rá.

---

<sup>653</sup> Kerbolt 1944, 108., Magyar Statisztikai Évkönyv 1943, 58.

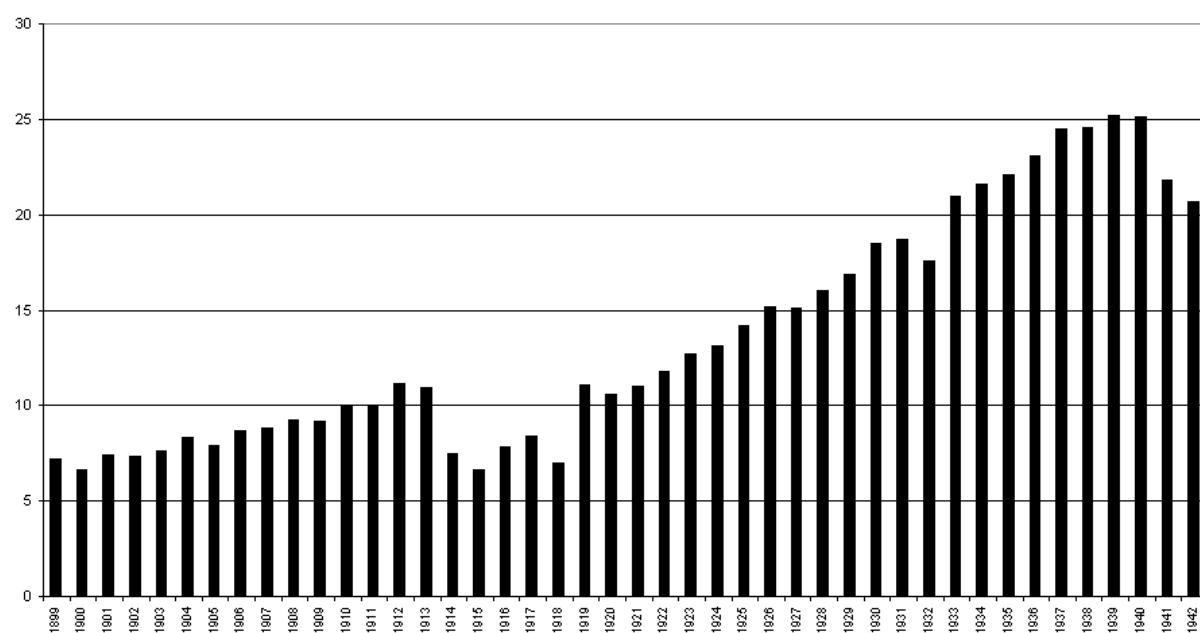
<sup>654</sup> Bereczky 1940, 1230–1239.

**38. ábra A fertőző betegségek százalékos aránya az összhalálozáson belül**



(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv*, 1899–1942)

**39. ábra Daganatos és keringési betegségek százalékos aránya az összhalálozáson belül**

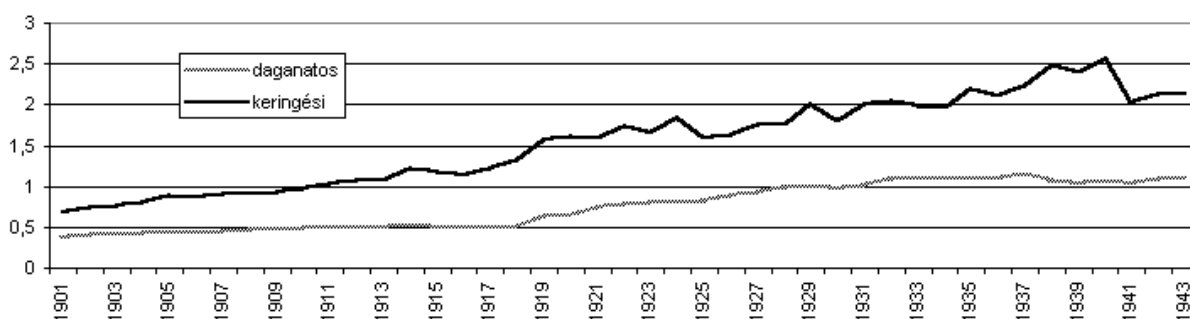


(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv*, 1899–1942)

A statisztikai adat forrásául elsődlegesen a halottképek által küldött anyag szolgált. A laikus halottképek működéséről és kilétéről esett már szó, de az orvos által megállapított

diagnózisok pontossága sem állítható minden kétséget kizáróan. Gyakorta ezek is egyszerű fizikális vizsgálattal, esetleg a hozzátartozók elmondása alapján készültek. Zalka a rákhalálozás növekedésében elsődleges fontosságúnak a halottkémi módszerek, a diagnózisok pontosabbá válását látja.<sup>655</sup> Sem Zalka, sem mások nem zárják ki a rákos megbetegedések számának tényleges növekedését sem, de fenntartják azt a nézetüket, hogy a zavaró körülmények miatt igazán pontos kép nem várható a 20. század első felére vonatkozóan a rákhalálozási folyamatok alakulásáról.<sup>656</sup>

40. ábra A daganatos és a keringési betegségek mortalitásának alakulása Magyarországon (ezer főre)



(Forrás: *Magyar Statisztikai Évkönyv*, 1901–1942., Petrilla 1944.)

A daganatos megbetegedésekre és halálozásokra vonatkozóan több statisztikai forrással is rendelkezünk. Az első országos rákbeteg-statisztikát Dollinger Gyula és Vargha Gyula készítette 1904-ben.<sup>657</sup> Ez a felmérés még nagyon esetleges volt, pontosságát illetően sem lehetnek túlzott elvárásaink, ugyanis az adott évben feljegyzett rákbeteggek száma alulmúlta az aktuális rákhalálozási arányt.<sup>658</sup> Tíz évvel később Buday László Magyarország halálozási viszonyairól írott könyvében részletesen feldolgozta az egyes halálokok foglalkozási ágak szerinti megoszlását. Mind ő, mind az 1930–31-es állapotokat leíró Petrilla Aladár-féle elemzés a legtöbb rákhalálozást a *k.m.n. napszámosok* kategóriájában mutatja ki. Ennek legfőbb magyarázata, hogy ezen foglalkozási főcsoport nagy számban foglal magában más munkakörökből kiiregedett-elbocsátott egyéneket, ezáltal a k.m.n. napszámos-kategóriába

<sup>655</sup> Zalka 1935, 5–7.

<sup>656</sup> Szél 1939a, 37–38.

<sup>657</sup> Dollinger – Vargha 1907

<sup>658</sup> Petrilla 1943, 139.

tartozók átlagos életkora meglehetősen magas.<sup>659</sup> Hasonló a helyzet a Budaynál *egyéb és ismeretlen*, Petrillánál *tőkés, nyugdíjas, egyéb* kategória esetében is. Bár a Buday-féle adatok sajátos közlési módja miatt pontosan egymáshoz illeszkedő arányszámokat nem tudunk kialakítani, mégis jól látszik, hogy *össességében véve* a rákhalálozás a két elemzett időszak között eltelt mintegy húsz év során minden foglalkozási főcsoportban emelkedett.

**20. táblázat A daganatos betegségek által okozott elhalálozások 1909–12-ben és 1930–31-ben (ezer főre)**

	1909–12	1909–12	1909–12	1909–12	1930–31
	<i>kereső férfi</i>	<i>kereső nő</i>	<i>eltartott ffi</i>	<i>eltartott nő</i>	teljes népesség
Östermelés	0,58	0,75	0,03	0,33	1,06
Bányászat és kohászat	0,48			0,33	0,66
Ipar	0,62			0,55	0,84
Kereskedelem és hitel	0,74	1,06		0,57	1,24
Közlekedés	0,67			0,46	1,23
Közfoglalkoztatás	0,98			0,62	1,21
Véderő	0,11				0,68
Kmn napszámos	1,23	2,72		0,41	2,54
Házicseléd		0,29			0,44
Egyéb és ism.	0,83	2,05	0,35	0,89	1,39
Összesen	0,62	0,82	0,04	0,41	1,05

(Forrás: Buday 1917, Petrilla 1943, 143. )

<sup>659</sup> Ugyanilyen eredményeket kapott a külön megnevezés nélküli napszámosok, valamint az egyéb foglalkozásúak keringési betegség-halálozásával kapcsolatban is. (Petrilla 1943, 138; 143.)

Az egészségügyi viszonyoknak nemcsak a halálokok és a halálozási indexek, hanem az adott időszakban különféle betegségekben szenvedők száma, aránya és megoszlása – a morbiditási mutatók is fontos jellemzői. A daganatos betegségekre vonatkozó betegstatisztikai felvételek közül az 1904-es Dollinger-féléről már ejtettünk néhány szót. Magyarországon időről-időre megpróbálkoztak különféle rákbeteg-összeírásokkal, főleg kórházak jelentései illetve konkrét megkérdezései alapján,<sup>660</sup> igazán széleskörű országos felvételre azonban csak 1938–39-ben került sor a Magyar Statisztikai Társaság kezdeményezésére. Ezen felvétel során a készítők – szemben a korábbi kórházi összeírásokkal – már a rendelő orvosokat is bevonták a megkérdezendők körébe, így sokkal teljesebb eredményekre számíthattak.<sup>661</sup> A visszaérkezett jelentőlapok alapján az ország területén 1938-ban 12 444 daganatos beteget regisztrálhattak, ez a teljes népesség 1,37, a 40 éven felüli népesség 4,48‰-e volt.<sup>662</sup> Lakóhely szerint a törvényhatósági jogú városokban némileg magasabb (1,64‰) volt a daganatos betegek aránya mint a községekben (1,14‰), a városok közül a székesfőváros, *Budapest*, *Győr* és *Hódmezővásárhely*, míg a vármegyék közül *Csanád*, *Arad* és *Torontál*, *Fejér*, *Tolna*, *Komárom és Esztergom*, *Győr*, *Moson és Pozsony* valamint *Csongrád* szerepeltek a legnagyobb arányokkal.<sup>663</sup> A vérkeringési szervek betegségei következtében elhaltak aránya 1925-ben a fővárosban 2,92‰, a törvényhatósági jogú városokban 2,6‰, míg a vármegyékben csak 1,3‰ volt.<sup>664</sup>

A daganatos és a keringési betegségek egyaránt erősebben köthetők az idősebb korcsoportokhoz. Melly József Budapest rákhalandóságát vizsgálva kimutatta az egymásra következő életkori csoportok körében egyre növekvő mértékű daganatos betegségekben történő elhalálozást. Míg a 15–19 éves korcsoportban ezer főre 0,02 rákhalálozás esett, addig ez az arány a 30–39 évesek körében 4,6, a 40–49 éves korcsoportban 2,49, a következő, 50–59 éves csoportban 3,83, majd nagy ugrással a 60–69 évesek körében 7,76-ra, a 70–79 éveseknél pedig 11,46-ra növekszik.<sup>665</sup> Szél Tivadar az országos mintát elemezve 1938-ban a 0–59 évesek körében 0,48‰-es, a 60–69 éveseknél 5,56‰-es, a 70–79 évesek csoportjában pedig már 8,45‰-es rákhalandósági arányszámokat állapított meg.<sup>666</sup> Az érlelmeszesedés és az annak következtében fellépő betegségek a 60 év alattiak csoportjában csak 1,2, a 60–69

<sup>660</sup> pl. Zalka 1935

<sup>661</sup> Szél 1939a, 36.

<sup>662</sup> Szél 1939b, 92.

<sup>663</sup> *Budapest* (1,85‰), *Győr* (1,64‰) és *Hódmezővásárhely* (1,62‰); *Csanád*, *Arad* és *Torontál* (1,52‰), *Fejér* (1,38‰), *Tolna* (1,31‰), *Komárom és Esztergom* (1,3‰), *Győr*, *Moson és Pozsony* (1,29‰), *Csongrád* (1,28‰) (Szél 1939b, 100.)

<sup>664</sup> Szél 1930, 370.

<sup>665</sup> Melly 1928, 116.

<sup>666</sup> Szél 1939a, 38.



évesek között 14,7, a 70–79 éveseknél 29,4, a 80 év felettiek körében pedig már 45%-os halálozást okoztak.<sup>667</sup> Ez áttételesen azt is jelenti, hogy a különböző korcsoportok között kevésbé differenciált fertőzőbetegség-mortalitás abszolút csökkenése nagyban hozzájárul ezen időskori betegségek (és halálozások) arányának növekedéséhez. Az emberek egyre ritkábban haltak el fiatalon járványok következtében, így életkoruk folyamatos növekedésével párhuzamosan megjelenhetnek náluk az időskorra jellemző bajok: a szív- és érrendszeri megbetegedések és a daganatos betegségek.<sup>668</sup>

Szél Tivadar azonban óva int attól, hogy a daganatos és keringési betegségek okozta halálozások növekedésében kizárólag technikai illetve áttételesen más halálokokkal kapcsolatos háttértényezőket keressünk. Megállapítása szerint mind a daganatos betegségek, mind a keringési megbetegedések, ezen belül is főleg az érlemeszesedés és a szívbetegségek az egyre egészségtelenebbé váló nagyvárosi életmód következtében is komoly szaporodásnak indultak.<sup>669</sup>

**21. táblázat Vérkeringési szervek betegségei okozta halálozások foglalkozási főcsoportok szerint (1930–31, ezer főre)**

Östermelés	1,85
Bányászat és kohászat	1,29
Ipar	1,6
Kereskedelem	2,19
Közlekedés	2,14
Közfoglalkoztatás	2,13
Véderő	1,01
K.m.n. napszámosok	5,18

<sup>667</sup> Szél 1939b, 805.

<sup>668</sup> Zalka 1935, 9.

<sup>669</sup> Szél 1930, 368. A rákhalálozás növekedésének értelmezési problémáira vonatkozóan ld. még: Szvitecz 2002, 11–26.

Házicseledek	0,79
Tőkés, nyugdíjas, egyéb	2,77
Összesen	1,9

(Forrás: Petrilla 1943, 139.)

Az 1930-as évek második felének éves mutatói alapján (1 és 1,15‰ között) hazánk Európában a „középmezőnyben” helyezkedett el. A legnagyobb rákhalandóságot a korszakban Ausztriában (1,8‰ körül), Svájcban és Nagy-Britanniában (1,6‰ körül) valamint Németországban (1,5‰ körül) mutatták ki.<sup>670</sup>

### *Általános betegségstatisztikák*

Teljes körű és rendszeres statisztikai adatközlések csak a halálozásokkal és a fertőző betegségekkel kapcsolatban készültek, az általános morbiditási viszonyokra, ezen belül a nem fertőző betegségek elterjedtségének mértékére vonatkozóan így nem remélhetünk pontos és átfogó képet. A betegsegélyező pénztárak körében biztosított rétegre vonatkozóan rendelkezünk ugyan betegségstatisztikákkal, de itt is csak a tagok munkaképtelenséggel járó betegségeit írták pontosan össze, a családtagok betegségei közül csak a kórházi ápolást igénylő esetek kerültek feldolgozásra.<sup>671</sup>

1923–27-ben a betegsegélyező munkáspénztáraknál biztosítottak munkaképtelenséggel járó betegségei között legelterjedtebbek a különböző fertőző betegségek után (morbiditásuk az összes tag körében 64,3‰) a légzőszervi megbetegedések voltak. Ezer pénztári tagra 19,7 hörghurutos, 2,18 és 3,1 tüdő- illetve mellhártyagyulladásos, 8,1 torokgyulladásos és 2,3 asztmás megbetegedés jutott. Az emésztőszervek bajai közül főleg a gyomorhurut (9,6‰, a sérv és a fekély (2,5–2,5‰) fordult elő leggyakrabban. Különféle bőrbetegségek a tagok 2,3%-ánál, munkahelyi és egyéb balesetek pedig 4,1%-ánál okoztak munkaképtelenséget. A keringési betegségek (7,3‰), daganatok (1,5‰, ebből rák 0,5‰), az idegrendszeri betegségek

<sup>670</sup> Szél 1939a, 98

<sup>671</sup> Szél 1930, 146.

(6,7‰) ugyanakkor arányukat tekintve ebben a társadalmi csoportban nem számítottak különösebben jelentősnek.<sup>672</sup>

Az Országos Társadalombiztosító Intézet budapesti betegpénztáránál 1928-ban a férfiak körében összeírt betegségek 22,8%-a esett a fertőző, 14,8% az emésztőszervi, 8,7% a légzőszervi megbetegedésekre, 10,3% pedig a bőrbetegségekre. A nőknél a legtöbb munkaképtelenségi esetet ugyancsak a fertőző és emésztőszervi megbetegedések (26,3 és 15,8%), továbbá a terhességek, szülések és az ezekből következő megbetegedések (12,7%) és a húgy- és nemi szervek nem nemi eredetű megbetegedései (7,5%) okozták.<sup>673</sup>

A különböző foglalkozási ártalmak, betegségek között előkelő helyet foglaltak el a csontok és ízületek megbetegedései, ezeken belül is a reumatikus betegségek. Az országos betegpénztári adatok szerint 1923 és 1927 között a tagok 1,98%-ánál jelentkeztek munkaképtelenséggel járó reumatikus panaszok.<sup>674</sup> A budapesti betegpénztár statisztikájában a „csontok és izmok betegségei” a férfiak összes betegségének 6, a nőkének 3,8%-át teszik ki. Az összes reumatikus betegség közül a heveny reumatikus gyulladás (56,3%) és a lumbágó (24%) volt a leggyakoribb.<sup>675</sup> A férfiak körében elsősorban a bányászok, kohászok (23,1%), a papírgyári (7,8%) és az építőipari munkások (7,2%), a nőknél a szállodai, vendéglői munkakörben dolgozók (5,6%), az élelmiszeripari és a közlekedési alkalmazottak (4,2–4,2%) betegségeinek adták jelentős részét.<sup>676</sup> Más elemzések a férfiak körében a közlekedési alkalmazottak (kocsis, sofőr, vasutas, fűtő, postás), a bányászok, kohászok, a pékek, illetve a (nem biztosított) földművesek, a nőknél a szakácsnők, eladónők, pincérnők, mosónők illetve ugyancsak a földművesek nagyarányú reumás megbetegedéseit jelezték.<sup>677</sup>

A bőrbetegségekre vonatkozóan egy 1932-es országos felmérés adatai állnak rendelkezésünkre. Ennek során a közkórházak és a közszolgálatban álló orvosok által kezelt bőr- és nemi betegek összeírását végezték el: 149025 bőrbeteget és 75440 nemi beteget regisztráltak. (A két betegségcsoportban szenvedők összesen a teljes lakosság 2,55%-át tették ki.) A leggyakoribb bőrbetegségek közé tartoztak mind a városokban mind a falvakban a különféle bőrgyulladások (dermatitis, impetigo) és az ekcémás betegségek. Inkább a városokban volt gyakori a rühösség (scabies) és a seborrhoea, míg falvakban kezeltek

---

<sup>672</sup> Szél 1930, 150–153.

<sup>673</sup> Illyefalvi 1930, 570–571.

<sup>674</sup> Szél 1930, 151.

<sup>675</sup> Illyefalvi 1930, 589.

<sup>676</sup> Illyefalvi 1930, 570–571.

<sup>677</sup> Benczúr 1933, 391–400.

nagyobb számban fagyási sérüléseket (congelatio), keléseket (furunculus) és gennyes gyulladással járó bőrbetegségeket (pyoderma).<sup>678</sup>

A két világháború között mind az orvosok, mind a közigazgatás részéről komoly figyelem övezte a golyvás megbetegedések magyarországi alakulását, elterjedését is. Az első világháború előttről (részben talán éppen a közfigyelem hiánya miatt) nincs fennmaradt nyoma tömeges golyvás megbetegedéseknek. Egyes orvosi jelentések a Csallóköz, Körmöcbánya és a Zsil-völgye lakossága körében magas golyvás megbetegedési arányról számoltak ugyan be, de konkrét adatokkal ezek sem nagyon szolgáltak.<sup>679</sup> Az első világháború utolsó éveiben az Országos Stefánia Szövetség jelentései azonban mind sűrűbben foglalkoztak a golyva terjedésének problémájával. 1919-ben már Budapesten is egyre több golyvás megbetegedést jegyeztek fel.<sup>680</sup> A Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium 1923-ban és 1924-ben elrendelte, hogy az egyes törvényhatóságok területén készítsenek részletes kimutatást az iskolás gyermekek golyvás betegségéről, valamint hozzávetőlegesen számoljanak be a golyvának a felnőtt lakosság körében tapasztalható elterjedtségéről illetve annak az elmúlt évekkel összevetett alakulásáról.<sup>681</sup>

Az iskolás gyermekek körében gyűjtött adatok néhány terület erős golyva-endémiáját mutatták. 13 vármegye volt golyvamentes, a többiben találtak betegeket. *Komárom* vármegyében a gyerekek 8,6%-a, *Pest–Pilis–Solt–Kiskunban* 8,1%-a, *Esztergomban* 6,5%-a, *Borsod, Gömör és Kishontban* 6,4%-a, *Miskolc* iskolásainak 14,9, *Székesfehérvár* hasonló korú lakosságának 9,3%-a volt golyvás. Az egyes megyéken belül is járások, illetve települések emelkedtek ki, Borsodban például a miskolci járás (14,9%), Nógrádban Salgótarján (17,5%) és a salgótarjáni járás (12,7%), Zalában a sümegi (11%) és a tapolcai járás (10,1%), Komárom megyében pedig Komárom városa (35%) és a tatai járás (11,8%). Az utóbbiban fekvő bányászközségben, Tatabányán az iskolások nem kevesebb, mint 59,3%-ánál mutattak ki golyvát.<sup>682</sup>

1940-ben szélesebb körben is megismételték a golyvás betegek felmérését. A teljes lakossághoz viszonyított legnagyobb arányokat ekkor is *Esztergom*, *Borsod*, *Komárom*,

---

<sup>678</sup> Szántó 1936, 776–786.

<sup>679</sup> Gortvay 1925b, 889.

<sup>680</sup> Cságoly 1925, 149–150.

<sup>681</sup> Atzél 1928, 599–600.

<sup>682</sup> Gortvay 1925b, 889–910.

valamint *Zala, Tolna, Bereg és Szatmár* megye mutatta.<sup>683</sup> Egyes települések golyvás megbetegedési arányát ekkor is extrém méretűnek találták: Esztergom városában a lakosság 47%-a, Pilismaróton 82,7%, Dömösön 78,2%, Szilvásváradon 40% golyvás volt.<sup>684</sup>

Végül röviden szót kell ejteni egy, a 20. században a megelőző időszakokhoz képest egyre jobban eltűnő, visszaszoruló betegségtípusról, a táplálkozási hiánybetegségek, avitaminózisok csoportjáról. A 18–19. században közülük a legtöbb gondot a skorbut (más néven süly) és a pellagra okozta. A 18. századból, sőt még a 19. század elejéről is maradtak fenn feljegyzések tömeges skorbutos megbetegedésekről. Az akut vitaminhiány következtében fellépő kór elsősorban a katonák, a bányászok, valamint a börtönök lakói között volt csaknem mindennapos. A 19. század elején az általános szociális helyzet romlását követve nagy területekre kiterjedve jelentkezett, az 1803-as évben *Temes, Arad és Békés* megyében, 1835-ben *Fejérben, Aradban, Csanádban és a Bácskában*.<sup>685</sup>

Ritkább betegségnek számított az időnként ugyancsak tömegesen fellépő pellagra. A pellagrát, amely emésztési és bőrpanaszokkal, majd végső stádiumában pszichotikus elmezavarral járt, az egyoldalú táplálkozás következtében fellépő nikotinsavamid-hiány okozza. A gyakorlatban az egyoldalú kukoricaliszttel való táplálkozáshoz kötődik – kórokáról még a harmincas években is eltérő véleményen voltak az orvosok.<sup>686</sup> A pellagra Európában főleg Olaszország északkeleti területein, Velence és Padova környékén, valamint Romániában – elsősorban Moldvában és a Havasalföldön volt otthonos. Magyarországon egy-egy rendkívül aszályos, vagy más okból rossz termést hozó évben jegyezték fel jelentkezését. A 18. század hatvanas éveiben *Bánátban* és a *Szerémségben* hatalmas méretű pellagra-hullám lépett fel, a súlyos pszichotikus tünetek miatt a nép „vampirizmus”-nak tulajdonította a betegséget.<sup>687</sup> A 19. században a betegség tömeges fellépéséről nincs tudomásunk egészen a század végéig, 1898-ig. Ekkor a rossz gabonatermés miatt nagy méreteket öltő kukoricaliszt-fogyasztás következtében az ország több részéről ismét sok pellagra-megbetegedést jelentettek.<sup>688</sup> 1914-től kezdve különösen Erdély egyes megyéiből (*Maros–Torda, Kis-Küküllő, Szilágy, Alsó-Fehér*) jelentettek nagyobb arányú pellagrás megbetegedéseket.<sup>689</sup>

---

<sup>683</sup> *Esztergom* (14%), *Borsod* (4,86%), *Komárom* (4,26%), *Zala* (4,21%), *Tolna* (3,85%), *Bereg* (3,78%), *Szatmár* (3,65%)

<sup>684</sup> Tangl 1941, 1542–51.

<sup>685</sup> Gortvay 1953, 30.

<sup>686</sup> Egyesek a kukorica tökéletlen emésztéséből következő aminosavhiányra, mások a kukorica valamilyen toxikus hatására gyanakodtak. (Sós 1942, 223.)

<sup>687</sup> Gortvay 1953, 32.

<sup>688</sup> Konrád – Niedermann – Farkas, 1898

<sup>689</sup> Magyar Statisztikai Évkönyv 1914, 27.

Mivel a háború elhúzódása és a gabonahiány miatt reális esély volt a pellagra országos elterjedésére – és mert annak kóroktana még ismeretlen, de legalábbis bizonytalan volt, a Belügyminisztérium rendeletben kötelezte a törvényhatóságokat minden pellagra-eset kötelező bejelentésére, és az esetleges pellagrás megbetegedések forrásának alapos kinyomozását rendelte el.<sup>690</sup>

A háborús éveket követően nagyobb számú avitaminózisos megbetegedésről nincsenek híradások. A (különösen a falusi) lakosság táplálkozási szokásairól az 1920-as évek végén élénk eszmecsere folyt az orvosok, újságírók és a politika szereplői körében. A tanulmányok, vitacikkek súlyos étrendbeli problémákat, egyoldalúságot, hiányosságokat ecsetelnek. Ehhez képest feltűnő, hogy tömeges táplálkozási hiánybetegségekről, avitaminózisokról nem szólnak az orvosi jelentések. Bár az ország egyes részein az ott tevékenykedő orvosok szoros összefüggéseket mutattak ki a rossz táplálkozás és bizonyos avitaminózisra utaló tünetegyüttesek között,<sup>691</sup> összességében kijelenthetjük, hogy a súlyos táplálkozási hiánybetegségek kora az első világháborút követően lejárt, a későbbi időszakban inkább csak különböző extrém élethelyzetekhez kötődve lehetünk tanúi ezek felbukkanásának.<sup>692</sup>

---

<sup>690</sup> Atzél 1928, 155–156.

<sup>691</sup> Saád 1941b, 1013–1017.

<sup>692</sup> pl. Garamvölgyi 1936, Éber 1938, Saád 1940

## Összegzés

A munka során a magyarországi közegészségügyi gondolkodás és a modern közegészségügyi intézményrendszer ki- és átalakulását mutattam be a 19. század második felétől a második világháborúig. Kitértem az általános orvosi szemlélet, orvostudományi gondolkodásmód változásaira, Foucault nyomán igyekeztünk elhelyezni a magyarországi folyamatokat az orvostudomány, az orvosi-egészségügyi gondolkodás „diskurzív terében”.

A magyarországi közegészségügyi intézményrendszer kialakulásában komoly szerepet játszottak a külföldi, nemzetközi minták, külföldi egészségügy-szemléleti áramlatok. A 19. század Európa-szerte a modern közegészségügy intézményrendszerének megjelenését, a közegészségügyi gondolkodás elterjedését hozta. Mindez természetesen együtt járt az orvosi szemlélet modernizálódásával, átalakulásával, Foucault fogalmaival élve a „járványorvoslás” létrejöttével, az orvosok szerep- és az orvosi szemlélet fókuszváltásával, valamint ennek (is) köszönhetően az orvostudomány és a természettudományok „technikai” és „elméleti” fejlődésével. A „járványorvoslás” számos új elemmel gazdagította az orvostudományt. Az új elemek között megjelent a „normalizálás” szándéka, a „normális” és a „kóros” fogalma; az orvosok lényegi összefüggéseket és analógiákat kerestek, sorozatokat elemeztek. Míg a koraújkori „klasszifikáló” orvoslás egy tünetet vagy tünetcsoportot „helyezett el” egy betegségben, addig a járványorvoslás láncolatokat figyelt meg és eseménysorokat rekonstruált, megjelent és általánosan terjedni kezdett az egészségügyi-népmozgalmi statisztika. Az orvosok feladatává vált a járványok mozgásának, a betegségek terjedésének vizsgálata, a gyógymódok keresése és közvetítése; ezzel együtt megjelent az orvosok ellenőrző és kényszerítő feladatköre. Kialakult az egészségügyi rendőrség, az egészségrendőri szabályozás rendszere.

Az egészségügyi, orvosi szemlélet változása a gyógyítás intézményei, a kórházak szerep- és funkcióváltozásában is megfigyelhető. A közép- és a koraújkor századaiban a kórház intézménye még nagyon messze állt mai formájától és szerepétől. A társadalom kitaszítottjai, a magatehetetlen szegények, az aggok, a fertőző, járványos betegségben szenvedők gyűjtőhelye. Az ispotály, a szegénykórház a betegség köré a kitaszítottság, a megbélyegzettség képét rajzolta, funkcióját tekintve legalább annyira szolgálta az elkülönítést, mint a gyógyítást. A kórházak intézménytörténeti fejlődése során fontos mérföldkő a szegényügy és a kórházügy kettéválása, majd ennek nyomán a kórház, mint

professzionális gyógyító intézmény képének kialakulása. A nyomorúság mellett az „oltalom”, a „védelem” eszméje is megjelent a kórház kapcsán. A család nélküli szegény betegek mellett a fertőző betegek, valamint az összetett kezelést igénylő betegek, tehát az orvosilag indokolt esetek is kórházba kerültek.

A kórház védő intézménnyé vált – védte az egészségeseket a betegektől, védte a betegeket a kuruzslóktól, és differenciálódó funkciói, valamint az azoknak megfelelően alakuló belső terei révén védte a betegeket egymástól is. A kórház a nyomor otthonából a – ismét csak Foucault szavaival élve – a betegség „kiemelt lakhelye” lett. A kórházak az egészségügy professzionális intézményeivé, a gyógyítás központjaivá váltak. Felügyeletüket és fenntartásukat a 20. század első felében egyre inkább az egészségügyben növekvő szerepet vállaló állam vette át.

A nemzetközi szakirodalomban is fontos kérdés az egészségügyi, közegészségügyi fejlődés és a külső tényezők, elsősorban a járványok kapcsolata. Érdekes kutatási kérdés, hogy a demográfiai katasztrófák hozzájárulnak-e, és ha igen, miben járulnak hozzá az egyes országok közegészségügyi intézményeinek, szabályozásának kifejlődéséhez, változásához, mennyiben „segítik” a közegészségügy modernizálódását. A járványokra, az egészségügyi vészhelyzetekre adott igazgatási, illetve társadalmi reakciók az adott korra jellemző társadalmi, mentalitási struktúra fényében érthetők meg. A középkori-koraújkorai járványok és a 19-20. századi járványok kezelése során már láthatók azok a különbségek, amelyek a társadalomfejlődésből, a társadalmi-hatalmi struktúra átalakulásából (is) származnak. A kolerára adott társadalmi és igazgatási válaszok kezdetben még emlékeztetnek a pestisjárványok elszigetelést célzó rendészeti eljárásaira, folyamatosan erősödik azonban a külső környezet felé fordulás, a technokrata professzionalizáció, megfigyelhető a technika és a kialakulóban lévő „középosztályi norma” betörése az egészségügyi gondolkodásba.

A járványok közegészségügy-fejlődésre gyakorolt hatását elsősorban egyfajta katalizátor-hatásként kell értelmeznünk. A folyamatos járványveszély elsősorban az intézményrendszer kiépítését és fenntartását indukálta, ezen felül elsősorban egyes konkrét rendelkezések (egy terület rész közegészségügyi szempontú rendezése, egy új intézmény felállítása, egy már működő intézmény új feladatkörének megjelenése) kapcsán láthatjuk egy-egy járvány közvetlen hatását.

Az 1876-os első magyarországi közegészségügyi törvény fő részei jól jelölik a kialakulóban lévő hazai közegészségügy akkori elsődleges fókuszait, érdeklődési területeit. A környezet-



egészségügy előtérbe kerülése az angol közegészségügyi modell hatásaként értelmezhető; a városegészségügy és az ipar- és foglalkozás-egészségügy kisebb súlya az ország gazdasági-társadalmi fejlődésének sajátosságaiból fakadt. A modern hazai közegészségügy első szakaszát fémjelző közegészségügyi törvény a liberális eszmekör jegyében ahol csak tehette, mellőzte a közvetlen állami irányítást és végrehajtást, törvényhatósági, illetve községi szintre utalta a feladatokat.

A környezet-egészségügy mellett nem történt meg az egyéni szintű higiéné, az egyéni egészségvédelem intézményrendszerének központosított kialakítása, állami irányítás vagy felügyelet alá helyezése; ezen a „társadalmi” jelleg dominált. „Társadalmi” alapon szerveződött az egyéni szintű egészségügyi prevenció első országos szervezete, az Országos Stefánia Szövetség is.

A „hivatalos” közegészségügyi szemlélet fókuszváltására az első világháborút követő években került sor. A Johan Goudsblom által a „higiénia demokratizálódása”-ként aposztrofált folyamat lényege, hogy a természettudományi és az orvostudományi ismeretek, technikák professzionalizálódásával lehetővé vált a korábbi általános környezethigiénére irányuló akciók leszűkítése egy-egy adott kisebb problématerületre, jelenségre, betegségtípusra. Ez együtt járt a demokratizálódás és az individualizálódás előrehaladásának folyamatával. Az egyéni higiéné modern intézményei a társadalom egyre szélesebb körei számára váltak hozzáférhetővé, ami lehetővé tette az egyéni szintű beavatkozások, beavatkozási programok megvalósítását. A higiénés lehetőségekhez való hozzáférés lehetőségének mértéke természetesen társadalmi csoportonként eltérő volt; a „hozzáférés” kérdésének fontosságára többek között éppen az új közegészségügyi szemlélet hívta fel a figyelmet. A környezet-egészségügyi intézkedések és az ennek háttérét adó általános, jogi-igazgatási szempontú egészségügyi rendszet mellett a közegészségügy kérdései között megjelent a társadalmi, szociális elem is.

Az első világháború utáni időszak közegészségügyi fejlődésének kapcsán ki kell emelni a Rockefeller Alapítvány fejlesztő, fejlődést katalizáló szerepét, az általa nyújtott minták, módszertani támogatások és nem utolsósorban finanszírozások fontosságát. A hazai viszonyok bemutatása során ismertetett hazai kulcsszereplők rövid életrajzi ismertetéseiből is jól látható az alapítvány oktatási, képzési tevékenységének súlya. Kis túlzással kijelenthető, hogy a modern, két világháború közötti magyarországi közegészségügy szakembergárdája az alapítvány ösztöndíjainak, illetve az alapítvány támogatásával létrehozott hazai képző

intézmények, szaktanfolyamok tevékenységének köszönhetően állt elő. A kulcsszereplők szinte kivétel nélkül részesültek Rockefeller-ösztöndíjban, annak segítségével tanulmányozták az amerikai és nyugat-európai közegészségügyi intézményrendszert, részt vehettek a nemzetközi egészségfejlesztési, közegészségügyi kutatómunkában, így módon egy széleskörű, nemzetközi egészségügyi és egészségügy-fejlesztési tapasztalatokon nyugvó ismeretanyag, tapasztalat birtokában kapcsolódhattak be az intézményrendszer magyarországi fejlesztésébe, illetve működtetésébe.

Intézménytörténeti szempontból az Országos Közegészségügyi Intézet – ugyancsak a Rockefeller Alapítvány támogatásával és az általa nyújtott minta alapján megvalósított – 1927-es létrehozása tekinthető a két világháború közötti közegészségügy legfontosabb elemének. Az OKI tevékenysége mind az általános környezet-egészségügyi fejlesztésre, mind az egyéni szintű prevencióra (ezen belül az egyéni egészségnevelésre) kiterjedt. A Rockefeller-féle amerikai egészségfejlesztési modellből átvett mintajárások, majd az ezek alapján kialakított országos egészségvédelmi körzetek közegészségügyi feladatainak ellátására megszervezte a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálatot, kiépítette a közegészségügyi szakemberképzést – a tisztiorvosok és védőnők képzése mellett az ápolónőképzés ügyét is fejlesztette.

Mindeközben a közegészségügy fókuszált területei egyre inkább az egyes konkrét fertőző betegségek (mindenekelőtt a tbc és a nemi betegségek) lettek, de a századforduló (még) „társadalmi” jótékonyágának kiemelt kérdése, a gyermekek egészségügye is újult erővel jelentkezett; ez nem magyar sajátosság, a gyermekek, mint kiemelt célcsoport egészségügye a kontinentális, elsősorban a francia közegészségügyi gondolkodásban is központi szerepet kapott.

A 19. század végén kialakult eugenika Marius Turda történeti elemzése szerint az első világháború pusztításainak következtében vált egy világszerte ismert és a politikai-értelmiségi elitek által többé-kevésbé elfogadott népesedési és egészségügyi gondolkorré. Turda szerint az eugenika nem az európai eszmetörténet valamely oldalhajtása, mellékszála, hanem az európai modernitás egyik központi eleme volt, amely egyfajta biológiai diskurzusba helyezte, „medikalizálta” a nemzet kérdéskörét. A hazai eugenikai gondolat a közegészségügyben a házasság előtti orvosi tanácsadás kérdéskörében bukkant fel. A szexualitás és a házasság „normalizálása”, a házasság előtti tanácsadás, a házasságkötés előtti kötelező vagy fakultatív orvosi vizsgálat kérdése a két háború közötti egészségügyi diskurzus fontos részét képezte.

Az eugenikai és az ezzel kapcsolatban kiemelten jelentkező nemi betegségekhez kötődő diskurzushoz az 1930-as évek végéig még nem társult „faji” alapon megkülönböztető, rasszista elem; az első ilyen tartalom lényegében az 1941-es törvény a házasságkötés előtti kötelező orvosi vizsgálatról, amely a fertőző betegségben szenvedők házasságra lépése mellett a zsidók és nem zsidók közötti házasságkötést is megtiltotta. A „fajhigiénés” szempontú, elsősorban a cigánysággal szembeni intézkedésekre a negyvenes évek elejétől kezdve került sor – ennek háttérében nyilvánvalóan a németországi cigányellenes politika felerősödése, a cigány-deportálások megindítása állt.

Az egészségügy rendszerének történeti megismerése elképzelhetetlen a konkrét betegségi és halálozási statisztikák ismerete nélkül. Az adatok alapján jól látható az epidemiológiai átmenet magyarországi folyamata, a fertőző betegségek okozta halálozás arányának csökkenése és ezzel párhuzamosan a daganatos és keringési betegségek mortalitásának emelkedése. A közegészségügy érdeklődése a vizsgált korszakban mindazonáltal még csak mérsékelten terjed ki a krónikus betegségekre, a fókuszban a fertőző betegségek, illetve azok leküzdése áll.

A betegségek elleni küzdelem természetesen egy tágabb diskurzusnak is részét képezte. A társadalomfejlődés aktuális szakaszában a középosztályi normák előtérbe kerülése a konkrét orvosi célokon (a megelőzésen vagy a gyógyításon) és a „technokrata” modernizáláson túl egyfajta „civilizatórikus”, vagy – ismét csak Foucault-t hivatkozva – „normalizáló” szerepet is társított a közegészségügyi fejlesztésekhez.

## Irodalom

B. Lukács Ágnes 1966: *Az 1831–32. évi magyarországi kolerajárvány*. Orvostörténeti Közlemények. Budapest.

Bakács Tibor 1959: *Az Országos Közegészségügyi Intézet működése 1927–1957*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.

Balázs Péter 2002. *Orvoslás pénzért és hivatástudatból*. Budapest, Melania Kiadó.

Benedek István 1967: *Semmelweis és kora*. Budapest, Gondolat.

Benke József 2007: *Az orvostudomány története*. Budapest, Medicina.

Bezerédyné Hertelendy Magdolna – Hencz Aurél – Zalányi Sámuel 1967: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. Budapest, Közgazdasági és Jogi.

Bodovics Éva Judit 2015: Vízhasználat és „árvízi kultúra” Miskolcon a XIX. század második felében. In Horváth Gergely Krisztián (szerk.): *Víz és társadalom Magyarországon a középkortól a XX. század végéig*. Budapest, Balassi.

Bódy Zsombor 2001: A „szociális kérdés” kezelésének alternatívái a 19. század végén. Az 1891-es kötelező betegbiztosítási törvény keletkezése. *Korall*, 2001. Ősz–Tél. 72–93.

Bódy Zsombor 2004: A „társadalom kora”. Munkásbiztosítás és munkaügy Magyarországon a 19. és a 20. század fordulóján. *Aetas*, 2004/1. 5–30.

Bódy Zsombor 2010: *Az ipari munka társadalma. Szociális kihívások, liberális és korporatív válaszok Magyarországon a 19. század végétől a második világháborúig*. Budapest, Argumentum.

Bokor Zsuzsa 2013: Testtörténetek. *A nemzet és a nemi betegségek medikalizálása a két világháború közötti Kolozsváron*. Kolozsvár, Nemzeti Kisebbségkutató Intézet.

Bourdelaís, Patrice 2004: Improving Public Health in France. The Local Political Mobilization in the Nineteenth Century. *Hygiea Internationalis*, 2004/1. 229-254.

Brockington, Colin Fraser 1956: *A short history of public health*. London, Churchill.

Canguilhem, Georges 2004: *A normális és a kóros*. Budapest, Gondolat.

- Cartwright, Frederick F. 1977: *A Social History of Medicine*. London – New York, Longman.
- Cora Zoltán 2013: A kötelező mezőgazdasági társadalombiztosítás kérdése Magyarországon a második világháború idején (1939-1944): a paternalizmustól a „népbiztosításig”. In „*Úr és szolga a történettudomány egységében*”. Vári András Emlékkonferencia Tanulmánykötete. Miskolc, Miskolci Tudományegyetem BTK Történettudományi Intézet.
- Daróczi Etelka 2001: A halandóság alakulása Trianontól napjainkig. In Faragó Tamás – Őri Péter (szerk.): *Történeti Demográfiai Évkönyv 2001*. Budapest, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. 305–326.
- Deáky Zita 1996: *A baba a magyarországi népi társadalomban (18. század vége – 20. század közepe)*. Budapest, Centrál Európa Alapítvány.
- Dormandy, Thomas 2002: *A fehér halál. A tuberkulózis története*. Budapest, Gondolat.
- Duffy, John 1968: *History of Public Health in New York City, 1625-1866*. New York, Russell Sage Foundation.
- Duffy, John 1992: *The Sanitarians: A History of American Public Health*. Urbana, University of Illinois Press.
- Dugac, Zeljko 2011: „Like yeast in fermentation” – Public health in interwar Yugoslavia. In Promitzer, Christian – Trubeta, Sevasti – Turda, Marius (eds.): *Health, hygiene and eugenics in Southeastern Europe to 1945*. Budapest – New York, CEU Press.
- Egresi Katalin 2008: *Szociálpolitika Magyarországon. Nézetek, programok, törvények, 1919–1939*. Budapest, Napvilág.
- Elias, Norbert 1987: *A civilizáció folyamata*. Budapest, Gondolat.
- Erdős Gyula – Szlobodnyik Judit (szerk.) 1998: *A „Johan Béla” Országos Közegészségügyi Intézet hetvenéves működése 1927–1997. Jubileumi emlékkönyv*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.
- Fairchild, Amy L. – Rosner, David – Colgrove, James – Bayer, Ronald – Fried, Linda P. 2010: The Exodus of Public Health What History Can Tell Us About the Future. *Public Health*, 2010/1. 54-63.

Faragó Tamás 2003: Történeti demográfia. In Bódy Zsombor – Ö. Kovács József (szerk.): *Bevezetés a társadalomtörténetbe*. Budapest, Osiris.

Faragó Tamás 2006: Humanitárius katasztrófák Máramaros vármegyében a középkortól az első világháborúig I. In Faragó Tamás – Őri Péter (szerk.): *Történeti demográfiai évkönyv 2005*. Budapest, KSH NKI.

Feith Helga Judit 2012: Magyar egészségügyi hatósági igazgatás szervezeti modelljei a XVIII. századtól napjainkig. *Kaleidoscope*, 2012/4.

Forrai Judit 1988: *A szifilisz (bujakór) magyarországi történetéből a XVIII. századtól az I. világháborúig*. Budapest, kézirat.

Forrai Judit 1998: A budapesti prostitúció szabályozásának kezdetei. In *Tanulmányok Budapest múltjából*. XXVII. 93-100.

Forrai Judit 2000: Új zónák – régi problémák. Történetek az utcai prostitúció szabályozásáról. *História*, 2000/1. 20–21.

Foucault, Michel 1990: *Felügyelet és büntetés. A börtön története*. Budapest, Gondolat.

Foucault, Michel 1999: *A szexualitás története I. A tudás akarása*. Budapest, Atlantisz.

Foucault, Michel 2000: *Elmebetegség és pszichológia / A klinikai orvoslás születése*. Budapest, Corvina.

Frazer, William Mowll 1950: *A History of English Public Health: 1834-1939*. London, Baillière, Tindall & Cox.

Gárdos Éva – Joubert Kálmán 2001: A csecsemőhalandóság és az anyai halálozások alakulása századunkban. In Faragó Tamás – Őri Péter (szerk.): *Történeti Demográfiai Évkönyv 2001*. Budapest, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. 459–479.

Gazda István (szerk.) 2010: *A magyarországi közegészségügy szakterületeinek történetéből, 1876-1944. A magyar orvostársadalom, településegészségügy, járványügy, nemibetegségek, kórházügy, ápolásügy, mentésügy, ipar- és munkaegészségügy, alkoholizmus, dohányzás, anya- és csecsemővédelem, iskolaegészségügy, sportegészségügy, biztosításügy*. Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet.

Géra Eleonóra 2005: A fertőző gyermekbetegségek elleni védekezés kialakulása Magyarországon. In Faragó Tamás – Őri Péter (szerk.): *Történeti Demográfiai Évkönyv, 2005*. Budapest, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.

Géra Eleonóra 2009: A spanyolnátha Budapesten. *Budapesti Negyed*, 2009/2. 208–232.

Gorsky, Martin 2008: Public health in interwar England and Wales: did it fail? *Dynamis*, 2008/28. 175-198.

Gortvay György 1948: *A magyar közegészségügy állapota és az egészségügyi fejlődés útja az utolsó évszázadban*. Budapest.

Gortvay György 1953: *Az újabbkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története I*. Budapest, Akadémiai.

Goudsblom, Johan 1994: A nagy járványok és a civilizáció folyamata. In Léderer Pál (szerk.): *Az AIDS-gondolkodás*. Budapest, T-Twins Kiadó – MTA Szociológiai Intézet – Max Weber Alapítvány. 11-30.

Göndör Éva 2010: A szülési segélyezés kialakulásának története a magyar társadalombiztosításban. *Jogtörténeti Szemle*, 2010/4. 8-15.

Göndör Éva 2011: A szülési segély története a magyar társadalombiztosítási jogalkotásban. *Jog, Állam, Politika*. 2011/1. 81-97

Gracza Tünde 2000: *Magyarország közegészségügyi állapota a korabeli magyar orvosi szakfolyóiratok tükrében*. PhD. értekezés, PTE-ETK.

Gyáni Gábor 1983: *Család, háztartás és a városi cselédség*. Budapest, Magvető.

Gyáni Gábor 1992: *Bérkaszárnya és nyomortelep. A budapesti munkáslakás múltja*. Budapest, Magvető.

Gyáni Gábor 1999: Könyörületesség, fegyelmezés, avagy a szociális gondoskodás genealógiája. *Történelmi Szemle*, 1999/1-2. 57-84.

Habensdorf, Michael 2005: Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public Health – Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg? In Schangen, Udo – Schleiermacher, Sabine (eds.): *100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland*. Berlin.

- Hahn Géza 1960: *A magyar egészségügy története*. Budapest, Medicina.
- Hahn Géza – Melly József 1965: *Fodor József élete és munkássága*. Budapest, Akadémiai.
- Hantos János 1981: *A Magyar Vöröskereszt 100 éve*. Budapest, Akadémiai.
- Hardy, Anne 1984: Water and the search for public health in London in the eighteenth and nineteenth century. *Medical History*, 1984/28. 250-282.
- Hardy, Anne 2001: *Health and Medicine in Britain since 1860*. New York, Palgrave.
- Hámori Péter 2003: Női szerepek és szociálpolitika Magyarországon 1920-1944. *Korall*, 2003. Szeptember. 30–48.
- Hámori Péter 2004: ONCSA – Egy szociálpolitikai és építészeti kísérlet Magyarországon 65 év távlatából. *Országépítő*, 2004/2.
- Hámori Péter 2006: A magyar kormány szociálpolitikája a visszacsatolt Felvidéken és Észak-Erdélyben. In Bárdi Nándor – Simon Attila (szerk.): *Integrációs stratégiák a magyar kisebbségek történetében*. Somorja – Budapest, Fórum Kisebbségkutató Intézet – Teleki László Alapítvány. 167-185.
- Hollán Henrik 1967: *A Rókus Kórház története – Adatok és szemelvények a Szent Rókus Közkórház és fiókjai alapításának és fejlődésének történetéből*. Budapest, Medicina.
- Honti József 1997: Az 1876. évi XIV. tc előzményei: az Országos Közegészségügyi Tanács (1886), az Országos Közegészségügyi Egyesület (1886) és az Igazságügyi Orvosi Tanács (1890). *Orvosi Hetilap*, 1997/16. 1009-1011.
- Honti József 2010: Lőrincz Ferenc professzor visszaemlékezése 1982. április 29-én. *Magyar Epidemiológia*, 2010/2-3. 61-66.
- Hoóz István 1970: *Népesedéspolitika és népességfejlődés Magyarországon a két világháború között*. Budapest, Akadémiai.
- Horváth J. András 1997. *A Madarász utcai Csecsemő- és Gyermekkorház története. I.* Budapest.
- Igazné Prónai Borbála 2006: *A kötelező társadalombiztosítás kialakulása, fejlődése Magyarországon*. PhD. értekezés. PPKE-BTK.



J. Fráter Zsuzsa 1980: *Az 1885. évi kolerajárvány Magyarországon*. Történeti Statisztikai Füzetek. Budapest.

Józan Péter 1997: A halandóság alakulása Magyarországon. In Kovacsics József (szerk.): *Magyarország történeti demográfiája 896–1995. Millecentenáriumi előadások*. Budapest, KSH.

Juhász Attila – Nagy Csilla 2009: Tempora mutantur... et nos mutamur in illis. *Egészségtudomány*, 2009/4. 19–28.

Kahlichné Simon Márta 2015: *A védőnői hivatás története*. Budapest, Medicina.

Kalakán László 2012: *Fejezetek Magyarország egészségügyének történetéből, 1920-1945. Budapest polgári és katonai egészségügyi viszonyai, valamint a légoltalmi szolgálat kiépülése, működése*. PhD. értekezés. PTE-BTK.

Kapronczay Károly 1992: A magyar ápolónőképzés fejlődése. *Nővér*, 1992/1. 10–19.

Kapronczay Károly 2001a: *Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből*. Budapest, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.

Kapronczay Károly 2001b: Ápolónők, bábák. In Uő.: *Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből*. Budapest, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár. 161-169.

Kapronczay Károly 2004: A hazai vízszabályozások hatásai a magyar közegészségügyi állapotra. *Orvostörténeti Közlemények*, 2004/188-189. 5-29.

Kapronczay Károly 2005: Az ápolás-, ápolóképzés és kórházügy története Magyarországon. Budapest, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.

Kapronczay Károly – Virágh Zoltán 2001: Fodor József élete és jelentősége a medicina történetében. *Egészségtudomány*, 2001/45. 12-22.

Karsai László 1992: *A cigánykérdés Magyarországon 1919–1945*. Budapest, Cserépfalvi.

Kearns, Gerard – Lee, W. Robert – Rogers, John 1995: Politikai és gazdasági tényezők kölcsönhatása a városi közegészségügy fejlődésében. In Gyáni Gábor (szerk.): *A modern város történeti dilemmái*. Debrecen, Csokonai. 127-157.

Kempler Kurt 1984: *A magyarországi gyógyszerészet a századfordulón*. Budapest, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.

Kiss László 2004: Dögvész és epekórság. A pestis és a kolera Magyarországon a 19. században. *Valóság*, 2004/9. 19–30.

Kiss László 2007: A typhus exanthematicus Magyarországon a 19-20. században. *Magyar Epidemiológia*, 2007/1. 17–21.

Kovács M. Mária 2001: *Liberalizmus, radikalizmus, antiszemitizmus. A magyar orvosi, ügyvédi és mérnöki kar politikája 1867 és 1945 között*. Budapest, Helikon.

Kovács Ferenc 1963: A gümőkór elleni küzdelem Magyarországon. *Orvostörténeti Közlemények*, 1963/27. 37-53.

Kramer, Howard D. 1942: *History of the public health movement in the United States, 1850 to 1900*. Doktori disszertáció, University of Iowa.

<http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=5070&context=etd>

Krász Lilla 2003: *A baba történeti szerepváltozása a 18. századi Magyarországon*. Budapest, Osiris.

L. Nagy Zsuzsa 1980: *Bethlen liberális ellenzéke. A liberális polgári pártok 1919-1931*. Budapest, Akadémiai.

La Berge, Ann 1992: *Mission And Method: The Early-Nineteenth-Century Public Health Movement*. Cambridge, University Press.

Laczkó István 1968: *A magyar munkás- és társadalombiztosítás története*. Budapest, Táncsics.

Lafferton Emese 2003: *A history of hungarian psychiatry, 1850–1908*. PhD. értekezés. Közép-Európai Egyetem.

Lane, Joan 2001: *A Social History of Medicine. Health, Healing and Disease in England, 1750-1950*. London – New York, Routledge.

Lomnici Zoltán 2011: A közegészségügy kialakulásának történeti vizsgálata a kezdetektől a XVIII. századig. *Kaleidoscope*, 2011/2. 69-76.

Lőrincz Ferenc 1982: Malária Magyarországon régen és ma. Visszaemlékezés. *Parasitologia hungarica*, 1981-82/14. 13-16.

Mádai Lajos 1983: *Kolerajárványok demográfiai elemzése különös tekintettel az 1872–73. évi utolsó nagy kolerára*. Kandidátusi értekezés. Budapest, kézirat.

Mádai Lajos 2000: A kolerajárvány a statisztika tükrében. In Gazda István (szerk.): *A szabadságharc egészségügye és honvédorvosai*. Budapest – Piliscsaba: Magyar Tudománytörténeti Intézet – Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár. 249–253.

Magos Gergely 2010: Kiterjedt állam – beteljesületlen álom. A magyarországi gyógyszerészet professzionalizációja. *Korall*, 2010/4. 54–76.

Magos Gergely 2011: A gyógyszerészhallgatók társadalmi összetétele a Magyar Királyi Pázmány Péter Tudományegyetemen (1920-1944). *Kaleidoscope*, 2011/3.

Mayer Ferenc Kolos 1927: *Az orvostudomány története*. Budapest, Eggenberger

Melega Miklós 2013: *A modern város születése. Szombathely infrastrukturális fejlődése a dualizmus korában*. Szombathely.

Milles, Dietrich 2005: Sozialhygiene, Soziale Medizin und deutsche Arbeiterbewegung. In Schangen, Udo – Schleiermacher, Sabine (eds.): *100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland*. Berlin.

Minker Emil 2009: Az államorvostantól az államorvostanig. (A Szegedi Tudományegyetem Közegészségtani intézetének története napjainkig: egyetemtörténeti tanulmány). *Egészségtudomány*, 2009/4.

Mintz, Sydney W. 1985: *Sweetness and Power. The Place of Sugar in Modern History*. New York, Viking Penguin.

Mitchell, Timothy 2002: *Rule of experts. Egypt, techno-politics, modernity*. Berkeley - Los Angeles - London, University of California Press.

Mohos Márta 2001: A demográfiai magatartás alakulása a 19–20. század fordulóján. Anya-csecsemő- és gyermekvédelem. In Faragó Tamás – Őri Péter (szerk.): *Történeti Demográfiai Évkönyv 2001*. Budapest, KSH Népszégtudományi Kutatóintézet. 433–443.

Nagy Csilla – Juhász Attila 2009: „Tempora mutantur .. et nos mutamur in illis?” *Egészségtudomány*, 2009/4.

Nordström, Ludvig 1938: *Lort-Sverige*. Stockholm, Kooperativa förbundes bokförlag.

Novick, Lloyd F. – Morrow, Cynthia B. 2006: *Public Health Administration. Principles for Population-Based Management*. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers .

Omran, Abdul R. 1971: The epidemiological transition. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971/4. 509–538.

Ö. Kovács József 2014: Vízhasznosítás, tervgazdálkodás, közegészségügy és társadalom Magyarországon 1945 – 1965/70. In Horváth Gergely Krisztián (szerk.): *Víz és társadalom Magyarországon a középkortól a XX. század végéig*. Budapest, Balassi.

Öri Péter 2006: A pestisjárványok demográfiai következményei a 17-18. századi Magyarországon. In Faragó Tamás – Öri Péter (szerk.): *Történeti demográfiai évkönyv 2005*. Budapest, KSH NKI.

P. Heim Anna 1993: *A kékkeresztes Márta betegápolók*. Veszprém, JEL Kiadó.

Palló Gábor én. n.: *The Rockefeller Foundation's Activity in Hungary*. <http://www.rockarch.org/publications/resrep/pallo2.pdf>

Palló Gábor 1997: Tudomány és civiltársadalom. A Rockefeller Alapítvány magyarországi tevékenysége. *Magyar Tudomány*, 1997/2. 237-240.

Patterson, David 1993: Typhus and its Control in Russia. *Medical History*, 1993/37. 361-381.

Páldy Anna 2009: A közegészségügy fogalmának egységes meghatározása: eddigi eredményeink és a további javasolt lépések. *Egészségtudomány*, 2009/4. 16–18.

Pálvölgyi Balázs 2006: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere (1867-1914)*. PhD. értekezés. ELTE-ÁJK

Pik Katalin 2001: *A szociális munka története Magyarországon (1817–1990)*. Budapest, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület.

Pomogyi László 1995: *Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás a polgári Magyarországon*. Budapest, Osiris.

- Porter, Dorothy 1999: *Health, Civilization and The State*. New York, Routledge.
- Porter, Dorothy – Porter, Roy 1988: The politics of prevention: anti-vaccinism and public health in nineteenth-century England. *Medical History*, 1988/32. 231-252.
- Porter, Roy 2003: *Vér és virtus. Az orvostudomány rövid története*. Budapest, HVG Kiadói Rt.
- Purcsi Barna Gyula 2004: *A cigánykérdés „gyökeres és végleges” megoldása*. Debrecen, Csokonai.
- Ringelhann Béla 1982: A leküzdhetetlennek látszó betegség: a malária. *Orvostörténeti Közlemények*, 1982/100. 69-81.
- Romhányi Ágnes 2012: Magyarországi gyógyszerészek és üzleteik a 18. század végén (Az 1786. évi patikavizitációk tanulságai). *Kaleidoscope*, 2012/4.
- Rosen, George 1993: *A History of Public Health*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- Saad József 1997: A „beteg társadalom” képe a népi gondolkodók társadalomképében. In Sipos Levente – Tóth Pál Péter (szerk.): *A népi mozgalom és a magyar társadalom*. Budapest, Napvilág .
- Simon Katalin 2010: Mesterségből hivatás. Sebészmesterek és orvosdoktorok Magyarországon az egységes orvosi képzés bevezetéséig. *Korall*, 2010/4. 77–102.
- Simonik Péter 2009: *Szociális érzékenység vagy gazdasági érdek? Munkásjóléti intézmények a magyar bányáiparban a két világháború között*. PhD. értekezés. ELTE-TáTK.
- Sinkovics József 1999: Szérumszerencsétlenség 1950. Visszaemlékezéseim 1998 februárjában. In *Orvostörténeti Közlemények*, 1999/166-169.
- Sinkovics Mátyás – Sandner Zoltán 1989. *A magyar kórházak évszázadai 1727–1987*. Budapest, Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége.
- Sipos András 1998: Közegészségügy és várospolitikai Budapest, 1873–1914. *Statisztikai Szemle*, 1998/11. 941–959.
- Starr, Paul 2009: Professionalization and Public Health: Historical Legacies, Continuing Dilemmas. *Public Health Management Practice*, 2009/11. 26-30.

Straub Ilona 2001: A közegészségügyi-járványügyi struktúra és a járványügyi helyzet változása Magyarországon Trianontól napjainkig. In Faragó Tamás – Őri Péter (szerk.): *Történeti Demográfiai Évkönyv 2001*. Budapest, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. 445–457.

Sugárné Koncsek Aranka 2000: *A szegénygondozás, az orvoslás és a közegészségügy története Jászberényben*. Jászberény, Jász Múzeumért Kulturális Alapítvány.

Sundin, Jan – Willner, Sam 2007: *Social change and health in Sweden. 250 years politics and practice*. Solna, Swedish National Institute of Public Health.

Sutyák Tibor 2007: *Michel Foucault gondolkodása*. Budapest, Attraktor.

Szállási Árpád 1975: Id. Jancsó Miklós. *Orvosi Hetilap*, 1975/116. 1049-1051.

Szállási Árpád 2001: Pettenkoffer, a közegészségtan (nem tévedhetetlen) pápája. *Orvosi Hetilap*, 2001/48. 2687-2690.

Szegedi Gábor 2015: Tisztaság, tisztesség, fajgyalázás. Szexuális és faji normalizáció a Horthy-korban. *socio.hu*, 2015/1. [http://www.socio.hu/uploads/files/2015\\_1/szegedi.pdf](http://www.socio.hu/uploads/files/2015_1/szegedi.pdf)

Székely Sándor 1960: *Az orvostudomány története*. Budapest, Medicina.

Szénásy József 1997: *Versenyfutás a halállal*. Budapest.

Szikra Dorottya 2006: Új ablak a magyar szociális ellátások történetére: Fajüldözés és szociálpolitika a legújabb kutatások alapján. *Esély*, 2006/3. 110-115.

Szreter, Simon 1988: The importance of social intervention in Britain's mortality decline (1850-1914): a re-interpretation of the role of the public health. *Social History of Medicine*, 1988/1. 1-37.

Szvitecz Zsuzsanna (szerk.) 2002: *Rákstatisztika a kezdetektől a huszadik század közepéig. Fejezetek az egészségügyi statisztika történetéből 1*. Budapest, KSH.

T. Kiss Tamás 2011: A három „T” (Tudósnevelés, Támogatások, Távozások, különös tekintettel a 20. század első felére). *Szín*, 2011/2. 22-37.

Tahin Emma 2010: "Elérkezettnek látszik tehát az idő, ... hogy itt közegészségtani tanszék felállíttassék". In *Három orvostörténész köszöntése. Tanulmánykötet Birtalan Győző*,

Karasszon Dénes és Szállási Árpád tiszteletére. A Magyar Tudománytörténeti Intézet Tudományos Közleményei 32. Budapest. 201-214.

Tasman, A. – Lansberg, H. P. 1957: Problems concerning the prophylaxis, pathogenesis and therapy of diphtheria. *Bulletin World Health Organisation*, 1957/16. 939-973.

Tomka Béla 2003: *Szociálpolitika a 20. századi Magyarországon európai perspektívában*. Budapest, Századvég.

Tomka Béla 2012: Szociálpolitika Magyarországon a világháborúk korában. *Korunk*, 2012/11. 46–55.

Turda, Marius 2010: *Modernism and Eugenics*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Turda, Marius 2011: Controlling the national body. Ideas of racial purification in Romania, 1918–1944. In Promitzer, Christian – Trubeta, Sevasti – Turda, Marius (eds.): *Health, hygiene and eugenics in Southeastern Europe to 1945*. Budapest – New York, CEU Press. 325-350.

Umbrai Laura 2014: *Így szemeteltek Budapesten – a hulladékgazdálkodás múltja a fővárosban*. Budapest, Napvilág.

Ungváry György – Varga József (szerk.): *A magyar bányaegészségügy története*. Budapest, Argumentum.

Ungváry Krisztián 2002: Árjasítás és „modernizáció”. Adalékok Imrédy Béla miniszterelnöki működéséhez és a zsidótörvények geneziséhez. *Századvég*, 2002/4. 3-37.

Vági Zoltán 2002: Endre László. Fajvédelem és bürokratikus antiszemitizmus a közigazgatási gyakorlatban 1919–1944. In: Randolph L. Braham (szerk.): *Tanulmányok a holokausztról II*. Budapest, Balassi.

Vargha Dóra 2005: A bűn medikalizálása. A prostituált teste a 19. századi magyar orvosi diskurzusban. *Budapesti Negyed*, 2005/1–2.

Vitéz István 1965: Megemlékezés Max Pettenkofferről a müncheni közegészségtani tanszék 100 éves jubileumán. *Gyógyszerészet*, 1965/4. 144-146.

Vossen, Johannes 2005: Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Preussen/Deutschland und seine Aufgaben in Sozialhygiene und Sozialmedizin. In Schangen,

Udo – Schleiermacher, Sabine (eds.): *100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland*. Berlin.

Vörös Márton 1963: Egy pécsi járvány tanulságai. *Az Országos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei*. 27. 163-195.

Walkowitz, Judith R. 1982: *Prostitution and Victorian Society*. Cambridge University Press.

Weindling, Paul 2011: Racial expertise and german eugenic strategies for Southeastern Europe. In Promitzer, Christian – Trubeta, Sevasti – Turda, Marius (eds.): *Health, hygiene and eugenics in Southeastern Europe to 1945*. Budapest – New York, CEU Press. 27-54.

Winslow, C. E. A. 1920: The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 1920/1.

Zimmermann, Susan 2001: Védett és védelemben nem részesülő munkaviszonyok az iparosodás korától a világgazdasági válságig. Ausztria és Magyarország összehasonlítása. *Korall*, 2001. Ősz–Tél. 114–140.

### ***Kortárs források és feldolgozások***

*1931–36. évi Országgyűlés. Képviselőház. Irományok. II. kötet.*

*A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület alapszabályai*. Budapest, 1907

*A m. kir. Központi Statisztikai Hivatal munkássága*. Budapest, 1911

Antal János 1929. Az Irgalmasrend kórházai. *Népegészségügy*, 1927/7–8. 395–397.; 466–468.

*Angyal Pál szakvéleménye Dréhr Imre bűnügyében*. Budapest, 1935.

Apponyi Albert 1916: *Az anya- és csecsemővédelem a képviselőházban*. Budapest, Országos Stefánia Szövetség.

A trachoma földrajzi elterjedése. *Népegészségügy*, 1927/18. 1267–1270.

*A trachoma-ügy Magyarországon 1883–1900-ig*. Budapest, 1900.

Atzél Elemér (szerk.): *Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye*. V. kötet. 1913–1926. Budapest, 1928. Mai Henrik és Fia Orvosi Könyvkiadó.



- Atzél Elemér 1939: *A magyar egészségügyi közigazgatás kézikönyve*. III. Budapest.
- Aujeszky Aladár 1928: *A háziállatok veszettség elleni védőojtása*. Budapest, MTA.
- A vízvezeték és a csatornázás kérdése Aradon*. Arad, 1887.
- Az 1941. évi népszámlálás 5. Lakóház és lakásadatok községek szerint*. Budapest, 1982, KSH.
- Az anya- és csecsemővédőnők szolgálati szabályzata*. Budapest, 1927.
- Az Országos Stefánia Szövetség az anyák és csecsemők védelmére ismertetése*. Budapest, 1925.
- Az Országos Stefánia Szövetség memoranduma a népjóléti és munkaügyi miniszterhez a védőnők képzése és munkábaállítása tárgyában*. Budapest, 1930. Országos Stefánia Szövetség.
- Bakó József 1939: Az emberi ürülék kezelése falun. *Népegészségügy*, 1939/17. 852–856.
- Batiz Dénes 1939: Az OTI szociális és egészségügyi gondozó tevékenysége. In *Az O.T.I. egészségvédelmi és gondozó szolgálata*. Különnyomat a Munkaügyi Szemle 1939/7–9. számából. Budapest. 10–13.
- Bálint Nagy István 1928: *Kolerajárványok Csanád vármegyében*. Makó.
- Benczúr Gyula 1933: A „reumás” betegségek socialis jelentőségéről. *Népegészségügy*, 1933/10. 391–400.
- Benyó Endre 1941: Mezőkövesd és betegségei. In Dala József – Erdélyi Tibor (szerk.): *Matyóföld. A híres Mezőkövesd*. Budapest, Athenaeum.
- Benyó Endre 1942: Kénpor használata az eltetvesedés megelőzésére. *Népegészségügy*, 1942/14.
- Bereczky Ákos 1940: A tetanus és közegészségügyi vonatkozásai. *Népegészségügy*, 1940/22. 1230–1239.
- Bielek Tibor 1936: Az ivóvíz szerepe az aratómunkások járványszerű hasmenésének létrejöttében. *Népegészségügy*, 1936/11.

Bielek Tibor 1941: Az Országos Egészségvédelmi Szövetség mint a zöldkeresztes egészségvédelem társadalmi háttere. *Zöld Kereszt*, 1941/3. 51–53.

Bielek Tibor 1942a: Zöldkeresztes tej-, cukorakció és gyermekétkeztetés. In Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest. 730–736.

Bielek Tibor 1942b: *Jelentés az Országos Egészségvédelmi Szövetség 1941. évi működéséről*. Budapest.

Bielek Tibor – Kontra László 1934: *A falu egészségvédelme*. Pécs.

Bikkal Dénes 1934: *Társadalombiztosítás Magyarországon*. Különnyomat a Közgazdasági Szemle 1934. évi 6–8. számából. Budapest.

Biró Béla 1927: Reglementatio és abolitio. *Népegészségügy*, 1927/13.

Biró Béla 1933: Beváltotta-e a német antiveneriás törvény a hozzáfűzött reményeket? *Népegészségügy*, 1933/4.

Biró Béla 1935: A Harmadik Birodalom és a prostitutio ellenőrzése. *Népegészségügy*, 1935/2.

Bíró Ede 1908: *A m. kir. budapesti Honvéd Helyőrségi Kórház története tízéves fennállása alkalmából és emlékére 1898-1908*. Budapest.

Bittner Imre 1847: *A Bánság poslázairól*. Pest.

Bókay János 1927: Az 1926. évi Heine-Medin-járvány Csonka-Magyarországban. *Népegészségügy*, 1927/18. 1202–11.

Bonts Gézané 1940: A m. kir. Belügyminisztérium Szociális Szervezete. *Zöld Kereszt*, 1940/7. 73–77.

Born József – Braunhoffner Jenő 1932: A diphteria elleni védőoltások eredménye Budapesten. *Népegészségügy*, 1932/18–19.

Borszéky Károly 1932: Időszerű kórházi problémák. *Magyar Kórház*, 1932/1. 10–14.

Braunhoffner Jenő 1931: A székesfőváros községi óvodáiban és elemi iskoláiban 1930/31 tanévben végzett diphteria elleni oltások. *Népegészségügy*, 1931/21.

Buday László 1917: *Népünk halandósági viszonyai*. Budapest, MTA.

Chyzer Kornél – Niedermann Gyula 1897: *Elmebetegügy, iszákosok menedékhelyei és védekezés a tudóvész ellen*. Budapest.

Czárán Péter: Jelentés amerikai és angliai tanulmányutamról. *Népegészségügy*, 1926/7. 372–379.

Cságoty Sándor 1925: Golyvaügy – közegészségügy. *Népegészségügy*, 1925/5–6. 149–158.

Csekey László 1936: Elmebajosok kórházi elhelyezéséről. *Népegészségügy*, 1936/10. 461–464.

Dabis László 1948: *A környezethigiéne újabb fejlődése*. Különnyomat a Népegészségügy 1948/2–4. számából. Budapest.

Daday András 1932: Adatok Pestvármegye közegészségügyének történetéhez (1847). *Népegészségügy*, 1932/17. 730–736.

Daday András 2002: A himlő elleni küzdelem magyarországi történetéhez. In uő: *Kuriózumok az orvostudomány magyarországi történetéből*. (Sajtó alá rendezte: Gazda István) Budapest, Akadémiai. 287–298.

Dávid Mihály 1942. A kórházügy igazgatása. In Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest.

Dobák Ferenc 1935: *Eugenikai Házassági Tanácsadás*. Budapest, Pallas.

Dollinger Gyula – Vargha Gyula 1907: *A Magyar Szent Korona országainak rákos-beteg statisztikája*. Budapest.

Domahidy György 1942: A nemibetegségek elleni küzdelem. In Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest. 645–652.

Donhoffer Szilárd 1925: A jugoszláv állam közegészségügyi tevékenysége. *Népegészségügy*, 1925/20. 660–671.

Doros Gábor 1926: A syphillis mortalitása. *Népegészségügy*, 1926/6. 316–317.

Doros Gábor 1927: A gyermekkor veneriás betegségeinek megelőzésére és leküzdésére vonatkozó népegészségügyi feladataink. *Népegészségügy*, 1927/12.

- Doros Gábor 1928: Az orthodox reglementatio hiányosságai. *Népegészségügy*, 1928/4–5.
- Dréhr Imre 1929: *Népjóléti és munkaügyi beruházások*. Különnyomat a Társadalombiztosítási Közlöny 1929. májusi számából. Budapest.
- Éber László 1938: Két pellagra-eset. *Népegészségügy*, 1938/2.
- Fabinyi Rudolf 1928. A tébolydától a praeventív és socialis psychiatriáig. *Népegészségügy*, 1928/6. 367–376.
- Fabinyi Rudolf 1935: Nyílt idegosztály az elmeógyógyintézetben. *Népegészségügy*, 1935/15. 677–686.
- Faragó Ferenc 1934: Tisztított és concentrált anatoxinnal végzett kísérletek és 2741 fogékony gyermek immunizálása kapcsán elért eredmények. *Népegészségügy*, 1934/16–17.
- Faragó Ferenc 1935: Magyarország különböző vidékein végzett Schick-oltások eredménye. *Népegészségügy*, 1935/4.
- Fáy Aladár: *Egészségügyi közigazgatás*. Budapest, 1912.
- Fekete Lajos 1874: *A magyarországi ragályos és járványos kórok rövid története*. Debrecen.
- Fekete Sándor 1928: A tanyai csecsemővédelemről. *Népegészségügy*, 1928/1–2.
- Ferenczi Imre 1917: A lakáskérdés és a nemibetegségek elleni küzdelem. *Városi Szemle*, 1917. 555–585.
- Feuer Náthán 1895: *A trachoma elterjedettsége Magyarországon és az ellene elrendelt hatósági eljárás*. Budapest.
- Féja Géza 1934a: Összeroppant lelkek a Hajdúföldön. *Magyarország*, 1934. márc. 4.
- Féja Géza 1934b: Egy éjszaka “Kanadában”. *Magyarország*, 1934. márc. 25.
- Frey, Gottfried 1923: *Public Health Services in Germany*. Berlin.
- Gaál Jenő (szerk.) 1912: *A Magyar Társadalomtudományi Egyesület 1912.évi közegészségügyi szaktanácskozmánya*. Budapest, Pesti Könyvnyomda Rt.
- Gaál András Kálmán 1926: A közegészségügy szervezet az Egyesült Államok nagyobb városaiban. *Népegészségügy*, 1926/7. 379–384.

Gaál András Kálmán 1934: Falusi egészségvédelmünk mai állása és fejlődési lehetőségei. *Egészségpolitikai Szemle*, 1934/2. 65-79.

Gaál András Kálmán – Stoll Kálmán 1926: A gödöllői járás egészségügyi felvétele. *Népegészségügy*, 1926/23. 1350-1373.

Garamvölgyi Lajos 1936: Beriberi esetek jelentkezése Békés megyében. *Népegészségügy*, 1936/10. 443-454.

Gärtner István 1937: Typhus-elleni védőoltások eredményei Hajdú vármegyében. *Népegészségügy*, 1937/19. 885-896.

Gáll Sándor 1938: Bacillusgazda eredetű tanyai typhusjárvány. *Népegészségügy*, 1938/14. 715-717.

Gortvay György 1925: *A Népszövetség egészségügyi tevékenysége és az újabb nemzetközi mozgalmak a közegészségügy terén*. Budapest, Pesti Könyvnyomda Rt.

Gortvay György 1925a: Az iparegészségtan alapelvei. *Népegészségügy*, 1925/21-23.

Gortvay György 1925b: A golyva elterjedése Magyarországon és annak közegészségügyi vonatkozásai. *Népegészségügy*, 1925/24. 889-910.

Gortvay György 1926: Az ivóvíz sterilizálása chlorgázzal. *Népegészségügy*, 1926/4.

Gortvay György 1927: Socialbiologiai nézőpontok a magyar egészségügyi közigazgatásban. *Népegészségügy*, 1927/1-3.

Gortvay György 1930: *A veneriás betegségek statisztikája Magyarországon*. Budapest, Athenaeum.

Gortvay György 1935: *A Népegészségügy Múzeum munkája*. Budapest, Egyesült Könyvnyomda, Könyv- és Lapkiadó Rt.

Gortvay György 1938: A kórház helye az egészségvédelem hálózatában. *Magyar Kórház*, 1938/2. 37-61.

Gortvay György 1939a: *A Társadalomegészségügyi Múzeum munkája*. Budapest.

Gortvay György 1939b: Az O.T.I. egészségvédő szolgálata. In *Az O.T.I. egészségvédelmi és gondozó szolgálata*. Különnyomat a Munkaügyi Szemle 1939/7-9. számából. 1-10.

Gortvay György – Parassin József (szerk.) 1927: *Közegészségügyi feladataink. Az 1926 október 24–30-ig tartott Közegészségi és Társadalompolitikai Országos Értekezlet munkálatai*. Budapest, Franklin Társulat.

Görgey Márton 1926: Hajdú vármegye közegészségügye az 1925-ik évben. *Népegészségügy*, 1926/15.

Grósz Emil 1940: *A trachoma*. Budapest.

Grósz Lipót 1874: *Az 1872–73. évben uralgott cholerajárvány keletkezése, terjedése s lefolyása, valamint az ez alkalommal vett tapasztalatok*. Budapest.

Gulácsy Zoltán 1942: Az 1939–41. évi meningitis cerebrospinalis epidemica járvány tapasztalatai. *Népegészségügy*, 1942/19. 1197–1201.

Guszman József 1923: *A budai Régi Szent János Kórház krónikája*. Budapest.

Gyürky Tibor – Melly József 1931: *Az iparűzés útmutatója. Az iparűzés egészségügyi feltételei*. Budapest.

Hahn Dezső 1917: *Tuberkulózis és foglalkozás*. Budapest.

Havas Imre 1939: Népélelmezést javító kísérletek Csongrád vármegyében. „Zöldkeresztes kiskertek.” *Népegészségügy*, 1939/14. 702–706.

Havas Imre 1942: Az egészségvédelmi szolgálatok vezető orvosainak feladatai a zöldkeresztes kiskertakcióval kapcsolatban. *Népegészségügy*, 1942/4. 281–283.

Heller András 1937: *Cselédsors. A mezőgazdasági cselédek helyzete 1935-ben, különös tekintettel a székesfehérvári járásra*. Budapest, Szent István Társulat.

Heller Imre 1939: Az iparegészségügyi ártalmak elleni küzdelem. In *Az O.T.I. egészségvédelmi és gondozó szolgálata*. Különnyomat a Munkaügyi Szemle 1939/7–9. számából. 14–16.

Hernádi Mihály 1937: Kötelező typhus elleni védőoltások Szegeden. *Népegészségügy*, 1937/16. 744–747.

Hoffmann Géza 1916: *Fajegészségtan és eugenika*. Budapest, Pesti Lloyd.

Holländer Hugó 1907: *A malaria elterjedése Magyarországon*. Budapest.

Horváth Dezső – Petrilla Aladár – Stiller Jolán 1935: Kútvíz okozta typhusjárvány érdekes esete. *Népegészségügy*, 1935/13.

Horváth Miklós 1943: Nagyobb tömegek hastyphus elleni védőoltásának gyakorlati kivitele. *Népegészségügy*, 1943/17.

Högyes Endre 1896: *Millenniumi emlékkönyv a budapesti királyi tudományegyetem orvosi karának múltjáról és jelenéről*. Budapest.

Hönigsfeld Jenő 1927: Néhány megjegyzés a magyar elmebetegtelepek létesítésének terveihez. *Népegészségügy*, 1927/24. 1659–1662.

Illyefalvi I. Lajos 1930: *A munkások szociális és gazdasági viszonyai Budapesten*. Budapest, Szföv. Statisztikai Hivatala.

Illyefalvi I. Lajos 1935: *A főváros polgári népességének szociális és gazdasági viszonyai*. Budapest, Szföv. Statisztikai Hivatala.

*Indokolás a m. kir. Belügyminisztérium 1890. évi költségvetéséhez*. Budapest, 1889.

*Indokolás a m. kir. Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium 1923/24. évi költségvetéséhez*. Budapest, 1923.

Jancsó Miklós 1904: *Vizsgálatok a malaria paraziták továbbfejlődéséről az Anophelesekben*. Az MTA Matematikai és Természettudományos Értesítője.

Jancsó Miklós 1906: *Tanulmány a váltóláz parazitáiról*. Budapest, MTA.

Jancsó Miklós 1913: A malária kór- és gyógytana. *Orvosképzés*, 1913/104.

Jancsó Miklós – Rosenberg Mór 1899: Észleletek Kolozsvárnak és környékének malaria-endemiájáról. *Orvos Természettudományi Értesítő*, 1899/21. I-II. k.

Jankovich Adél 1939: Képességvizsgáló Állomás működése. In *Az O.T.I. egészségvédelmi és gondozó szolgálata*. Különnyomat a Munkaügyi Szemle 1939/7–9. számából. 18–20.

Jankovich Antal 1832: *Die epidemische Cholera in den Jahren 1817–1832, ihr Wesen, Ursache und rationelle Behandlung*. Buda.

Jelentés a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet .... évi munkájáról. In *A M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet összegyűjtött közleményei*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.

*Jelentés a Stefánia Szövetség működéséről*. 1915. jún. 13.–1917. jún. 15. Budapest, 1917.

*Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1939. évi működéséről*. Kalocsa, 1940.

Jendrassik Aladár 1942: A falu ivóvízellátása. In Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest. 737-740.

Johan Béla 1925: Adatok a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet felállításának történetéhez. *Népegészségügy*, 1925/24. 861–867.

Johan Béla 1926: *A létesülő m. kir. Országos Közegészségügyi Intézetről*. Budapest.

Johan Béla 1927: A tisztiorvosok képzése és továbbképzése. *Népegészségügy*, 1927/9. 575-578.

Johan Béla 1928: Az egészségügyi mintajárásokban folyó munkáról. *Népegészségügy*, 1928/20. 1424-1426.

Johan Béla 1929: *Az ápolónő- és védőnőkérdésről*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.

Johan Béla 1930: A M. kir. Országos Közegészségügyi Intézettel kapcsolatos Orvosok Háza. *Népegészségügy*, 1930/21.

Johan Béla 1931: Az egészségvédelmi rendszerről, a védőnőkről és a hatósági orvosokról. Különnyomat az Orvosi hetilap 1931/5. számából. In *A m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet összegyűjtött közleményei, 1931*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.

Johan Béla 1933a: *Jelentés a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézet 1932. évben végzett munkájáról*.

Johan Béla 1933b: Az iskola szempontjából fontos járványos betegségek. In Darányi Gyula (szerk.): *Az iskoláskor egészségügye*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.

Johan Béla 1938: A magyar falu ivóvízellátása. *Népegészségügy*, 1938/10.

Johan Béla 1939: *Gyógyul a magyar falu*. Budapest, Országos Közegészségügyi Intézet.



Johan Béla 1941a: Mi várható a szervezett közegészségügyi munkától? *Népegészségügy*, 1941/8. 490–496.

Johan Béla 1941b: A Zöld Kereszt és a társadalom. *Zöld Kereszt*, 1941/2. 25–29.

Johan Béla 1943: A magyar közegészségügy területi kérdései. *Népegészségügy*, 1943/21. 775–796.

Johan Béla – Tomcsik József 1930: A diphteria elleni hatósági és egyéni védekezés néhány kérdéséről. *Népegészségügy*, 1930/6.

Joó Imre 1942: Célszerű tetvetlenítő gép. *Népegészségügy*, 1942/10.

Joós Ilona 1934: Typhusvizsgálatok szennyvízből. *Népegészségügy*, 1934/23.

Kampis János 1911: *A községek egészségügyi szolgálatának új rendje*. Budapest.

Karossa-Pfeiffer József – Réthy Aladár 1937: Debrecen város hastyphus-endemiájának ismertetése különös tekintettel az 1936. évi szennyvíz eredetű fertőzésekre. *Népegészségügy*, 1937/23. 1068–1081.

Keller Lajos 1926: *Az Országos Stefánia Szövetség 10 éves működése*. Budapest, Országos Stefánia Szövetség.

Keller Lajos 1927: *Az egészségügyi segédszemélyzet képzése és munkája*. Budapest, Országos Stefánia Szövetség.

Keller Lajos 1931: *Az Országos Stefánia Szövetség 15 éves működése (1915. június 13. - 1930. december 31.)* Budapest, Országos Stefánia Szövetség.

Kerbolt László 1934: *A beteg falu*. Pécs.

Kerbolt László 1944: *Fertőzőbetegségek*. Budapest.

Keresztes-Fischer Ferenc 1942: Közegészségügyi politikánk irányelvei. In Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest. 17–21.

*Képviselőházi Napló* 1931–36. VI. kötet.

Konrád Jenő – Niedermann Gyula – Farkas Jenő 1898: *A pellagra Olaszországban*. Budapest.

Kontra László 1942: A zöldkeresztes egészségvédelmi munka. In Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest. 434–439.

Kovacsics Sándor 1917: *Tuberkulózis és lakás. Tanulmány Győrmegye sokoróaljai járásáról*. Pápa, Főiskolai Könyvnyomda.

Kovacsics Sándor 1927: Vályog, vert föld, égetett tégl. *Népegészségügy*, 1927/14.

Kovách György 1932: Nógrád és Hont közigazgatásilag egyelőre egyesített vármegyékben végzett diphteria elleni védőoltásokról. *Népegészségügy*, 1932/23.

Kovách György 1933: Falusi kutak assanálása. *Népegészségügy*, 1933/8–9.

Kovách György 1941: Zöldkeresztes kiskertek létesítése. *Népegészségügy*, 1941/6. 361–363.

Kovách György 1942: A zöldkeresztes népelelmezési tanfolyamokról. *Népegészségügy*, 1942/5. 331–335.

*Közigazgatási jogszabályok gyűjteménye*. Budapest, 1932.

Laky Dezső 1925: Az európai gümőkórhalálozás az utolsó évtizedekben. *Népegészségügy*, 1925/7–8. 192–209.

Lauschmann Gyula 1898: *Adatok a magyarországi járványok történetéhez, tekintettel Székesfehérvár városra*. Székesfehérvár.

Lesenyei József 1942: *Csatornázás és szennyvízkezelés hazánkban*. Különnyomat a Vízügyi Közlemények 1940/2. számából. Budapest, Kir. Magyar Egyetemi Nyomda.

Lénárd Imre 1928: Tapasztalataim a trachoma elterjedéséről és az ellene való küzdelem. *Népegészségügy*, 1928/12.

Lovrekovich István – Rauss Károly 1940: Typhus elleni immunizálás csapadékos oltóanyaggal, egy oltással. *Népegészségügy*, 1940/1.

Lőrincz Ferenc 1933: Malaria Magyarországon. *Népegészségügy*, 1933/16. 622–626.

Lőrincz Ferenc 1937: Adatok a hazai malária-kérdés ismertetéséhez I–VI. *Népegészségügy*, 1937/15–20.

Madzsar József 1915: *Az anya- és csecsemővédelem országos szervezése*. Budapest, Országos Stefánia Szövetség.

*Magyar Statisztikai Évkönyv*, 1901–1942. Budapest, M. Kir. Központi Statisztikai Hivatal

*Magyar Törvénytár 1875–76. évi törvénycikkek*. Budapest, 1896. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár 1882–83. évi törvénycikkek*. Budapest, 1897. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár 1884–86. évi törvénycikkek*. Budapest, 1897. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár 1887–1906. évi törvénycikkek*. Budapest, 1897. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár. 1907. évi törvénycikkek*. Budapest, 1908. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár. 1922. évi törvénycikkek*. Budapest, 1923. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár. 1924. évi törvénycikkek*. Budapest, 1925. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár. 1927. évi törvénycikkek*. Budapest, 1928. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár. 1928. évi törvénycikkek*. Budapest, 1929. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár. 1936. évi törvénycikkek*. Budapest, 1937.

*Magyar Törvénytár. 1937. évi törvénycikkek*. Budapest, 1938. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár. 1941. évi törvénycikkek*. Budapest, 1942. Franklin Társulat.

*Magyar Törvénytár. 1942. évi törvénycikkek*. Budapest, 1943. Franklin Társulat.

*Magyarország Gyógyintézeteinek Évkönyve, 1934*. Kiadja a Magyarországi Klinikák és Kórházak Szövetsége. Budapest, 1934.

Maixner Ferenc 1927: A tuberculosis falun. *Népegészségügy*, 1927/18.

Mandel Ignác 1928: A balassagyarmati családi ápolási telep. *Népegészségügy*, 1928/18–19. 1358–1374.

Makara György 1942a: Ruházat és óvatossági szabályok tetűvizsgálatnál. *Népegészségügy*, 1942/1.

Makara György 1942b: Áramló forró-levegős tetvetlenítő készülék. *Népegészségügy*, 1942/10.

Makara György 1942c: Vezető szempontok ruhatetvetlenítésben. *Népegészségügy*, 1942/10.

Makara György 1942d: Kén és más vegyszerek a tetvesség ellen. *Népegészségügy*, 1942/14.

Makara György – Toronyi Ottó 1943: Eredménytelen kísérletek kén- és naphtalin-porrall tetvesség ellen. *Népegészségügy*, 1943/8.

Mandel Ignác 1928: A balassagyarmati családi ápolási telep. *Népegészségügy*, 1928/18–19. 1358–1374.

Markusovszky Lajos 1886: *A közegészségtudomány mai állása és feladatai*. Közegészségügy és Törvényszéki Orvostan. Az Orvosi Hetilap melléklete.

Matusovszky András 1935: A vérbajellenes küzdelem és a szülészeti rendtartás. *Népegészségügy*, 1935/9.

Melly József 1927: *A vörhenykérdés különös tekintettel a székesfővárosi viszonyokra*. Budapest, Szföv. Statisztikai Hivatala.

Melly József 1928: *Budapest rákhalandósága*. Budapest, Szföv. Statisztikai Hivatala.

Melly József 1929: A járványos betegségek viselkedése a székesfővárosban 1874-től 1921-ig. *Városi Szemle*, 1929.

Melly József – Zuckermann Ferenc 1931: *A magyar egészségügyi közigazgatás útmutatója*. Budapest.

Mészáros Elek 1941: Az alföldi cigányok értéke egészségügyi és nemzeti szempontból. *Népegészségügy*, 1941/9.

Mészáros Károly 1937: A kórháztan és a magyar kórházügy. *Magyar Kórház*, 1937/9. 261–265.

*Mi a célja az „Országos Stefánia Szövetség anyák és csecsemők védelmére” (községi) fiókszövetségeinek?* Budapest, 1933.

Mozolovszky Sándor 1942: Mezőgazdasági vándormunkások 1942-ben. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1942/10–11. 561–564.

Nagy Géza 1937: A kórházak és az egészségügyi reformtörekvések. *Magyar Kórház*, 1937/5. 139–151.

Nádújfalvy József 1939: *Somogymegye szociális és gazdasági helyzetképe. A népesség, terület és életviszonyok módszeres vizsgálata*. Budapest.

Németh Andor 1937: *A naposabb oldalon. A mezőgazdasági munkások jogviszonya és életkörülményei Győr környékén*. Budapest.

Nyíró Gyula 1929: Adatok az elme- és idegbetegekről való gondoskodáshoz. *Népegészségügy*, 1929/4–7.

Nyíró Gyula 1932: A hárshegyi m. kir. állami ideggyógyintézet. *Magyar Kórház*, 1932/9. 201–205.

Nyíró Gyula 1935: Beszámoló a Hárshegyi M. Kir. Áll. Ideggyógyintézet első négyévi munkájáról. *Népegészségügy*, 1935/16. 732–739.

Okányi Ákos 1942: A cigánykérdésről. *Népegészségügy*, 1942/18. 1160–1162.

Okolicsányi-Kuthy Dezső 1910: *Rónáink és a tuberculosis*. Budapest.

Oláh György 1928: *Három millió koldus*. Miskolc.

Orbán Sándor 1934: Az elmebeteg-gondozás és ellátás kórházi megoldása. *Népegészségügy*, 1934/21. 852–858.

Összesített kimutatás az országos szervezet fejlődéséről, működéséről és az elért eredményekről. In *Jelentés az Országos Stefánia Szövetség 1939. évi működéséről*. Kalocsa, 1940.

Parassin József 1927: Budapest tuberkulózishalandóságának magatartása. *Városi Szemle*, 1927/13. 765–787.

Páll Gábor 1935: Egészségvédelmi feladatok a szülészetben. *Népegészségügy*, 1935/18.

Pályi Márton – Szakasits Antal é.n.: *Iparegészségügy – munkásvédelem*. Budapest, Novák Rudolf és Társa.

Pándy Kálmán 1905. *Gondoskodás az elmebetegekről más államokban és nálunk*. Gyula.

Pándy Kálmán 1927: Megjegyzések Ráth A. Zoltán cikkéhez. „Újabb irányzatok az elmebetegek elhelyezése és kezelése terén.” *Orvosi Hetilap*, 1927/49. 1421–22.

Páter János 1943: Újabb típusú tetvetlenítő fürdők. *Népegészségügy*, 1943/5.

Perneczky Béla – Kovács Ernő (szerk.) é. n.: *Gazdasági munkaügyi jogszabályok. A gazdasági munkajogra és társadalompolitikára vonatkozó hatályos törvények és rendeletek gyűjteménye 1867–1941.* Budapest.

Petres Antal 1935: A veneriás betegségek elleni küzdelem a falusi egészségvédelemben. *Népegészségügy*, 1935/12.

Petrilla Aladár 1931: Az 1931. évi Heine-Medin-járvány. *Népegészségügy*, 1931/21. 1050–1059.

Petrilla Aladár 1933a: Az 1932. évi Heine-Medin-járvány. *Népegészségügy*, 1933/3. 818–823.

Petrilla Aladár 1933b: További adatok az 1931. évi Heine-Medin járványhoz. *Népegészségügy*, 1933/3.

Petrilla Aladár 1936: Tej által terjesztett typhus járvány Csepelen. *Népegészségügy*, 1936/13. 613–619.

Petrilla Aladár 1943: *Közegészségügyi statisztika.* Budapest.

Petrilla Aladár 1944: Egészségügyi mérlegünk 1943-ban. *Népegészségügy*, 1944/17. 619–620.

Petrilla Aladár – Stiller Jolán – Horváth Dezső 1935: Kútvíz okozta typhusjárvány érdekes esete. *Népegészségügy*, 1935/13.

Pfeiffer Miklós 1926: *Magyarország halálozási és természetes szaporodási viszonyai.* Budapest, Egészségügyi Reformiroda.

Pfeiffer Miklós 1927: A mintajárás. *Társadalomtudomány*, 1927/1-2. 72-74.

Pirovits Aladár 1903: *Hazai városaink egészségügye a városcsatornázás és a vízellátás tárgyában különös tekintettel sajátos hazai viszonyainkra és a tudomány mai álláspontjára.* Budapest, Műszaki Irodalmi és Nyomdai Rt.

Pirquet, Clemens von – Schick Béla 1905: *Die Serumkrankheit.* Wien, Kessinger.

Ráth A. Zoltán 1943. Betegellátó intézeteink 1941. évi adatgyűjtése. *Magyar Kórház*, 12. szám 312–319.

Rauss Károly 1936: A typhus vaccináról és annak alkalmazása kapcsán várható eredményekről. *Népegészségügy*, 1936/8.

Rauss Károly 1942: Adatok a csapadékos typhus oltóanyag immunizáló értékéhez. *Népegészségügy*, 1942/5.

Rigler Gusztáv 1895: *A vízről, mint a tifusz és a kolera okozójáról*. Budapest, Grill Károly Könyvkiadóvállalata.

Rigler Gusztáv 1929: *A közegészségtan és a járványtan rövid tankönyve*. Budapest.

*Rockefeller Foundation Annual Report*, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928. <https://www.rockefellerfoundation.org/about-us/governance-reports/annual-reports/>

Rosztóczy Ernő – Hernádi Mihály 1935: A Tisza fertőzöttségének befolyása a szegedi helyőrség typhus-endemiájára. *Népegészségügy*, 1935/9.

Rottenbiller Fülöp 1934: *Az Országos Gyermekegészségügyi Liga 30 évi működése*. Budapest.

Saad Andor 1940: Beriberi eset előfordulása Mezőkövesden. *Népegészségügy*, 1940/18. 990–994.

Saad Andor 1941a: Mezőkövesd problémái egészségügyi szempontból. In Dala József – Erdélyi Tibor (szerk.): *Matyóföld. A híres Mezőkövesd*. Budapest, Athenaeum.

Saad Andor 1941b: Adatok a skorbut és tetania keletkezéséhez. *Népegészségügy*, 1941/16. 1013–17.

Scholtz Kornél 1930: Hozzászólás a preventív egészségügy kérdéséhez. *Orvosszövetség*, 1930/4.

Scholtz Kornél 1937. *Magyarország kórházügyének fejlődéséről és jelenlegi helyzetéről*. Különnyomat az Orvosképzés 1937/3. számából. Budapest.

Schütz Ottó 1942: A tuberkulózis megelőzése és a közigazgatás. In Mártonffy Károly (szerk.): *A mai magyar egészségügyi közszolgálat*. Budapest. 623–639.

Schwellengrebel, N. H. – de Bruck, A. 1937: *Malaria in the Netherlands*. Amsterdam.

Somogyi Zsigmond 1928: A munkaközösség a népbetegségek elleni küzdelemben. *Népegészségügy*, 1928/8–9.

Somogyi Zsigmond 1938: A lépfene mint foglalkozási betegség. *Népegészségügy*, 1938/11. 500–511.

Soós Aladár 1938: A kórházak minősítésének módszerei. *Magyar Kórház*, 1938/12. 371–384.

Soproni Elek 1940: *A kultúrsarok gondjai. Sopron vármegye szociális és gazdasági viszonyainak feltárása*. Budapest.

Sós József 1942: *Magyar néptáplálkozástan*. Budapest, Novák Rudolf és Társa Orvosi Könyvkiadó.

Spiry Endre 1934: A kiütéses typhus. *Népegészségügy*, 1934/8. 312–316.

*Statisztikai Negyedévi Közlemények*. 1925–1944.

Stoll Kálmán 1930: A gödöllői egészségügyi mintajárás jelentése. *Népegészségügy*, 1930/12.

Svoboda Ferenc Vilmos 1939: „Zöld Keresztes” egészségvédelem a falusi iskolákban. *Népegészségügy*, 1939/16. 803–806.

Szabados Sámuel 1938: A tanyai gazdasági cselédek közegészségügyi viszonyai. *Népegészségügy*, 1938/19.

Szabó Sándor 1918: A városok közegészségügye és megvédése a fertőző betegségektől. *Városi Szemle*, 1918/1.

Szabó Zoltán é.n.: *Cifra nyomorúság*. Budapest, Cserépfalvi.

Szántó Jenő 1936: A bőrbetegségek gyakorisága Magyarországon. *Népegészségügy*, 1936/17. 776–786.

Szász Sándor 1937: Adatok a trachoma-orvosi intézmény értékeléséhez. *Népegészségügy*, 1937/24. 1132–38.

Szecsődy Imre 1931: Tapasztalatok az újrendszerű ideg- és elmeosztállyal kapcsolatban. *Népegészségügy*, 1931/2. 92–97.



Szél Tivadar 1925: A bejelentésre kötelezett fertőző betegségek nemzetközi összehasonlítása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1925/1. 16–32.

Szél Tivadar 1930: *Egészségügyi statisztika*. Budapest, Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat.

Szél Tivadar 1931a: A tuberkulózishalandóság újabb országos statisztikájának legújabb eredményei. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1931/8. 755–770.

Szél Tivadar 1933: Az újszülöttkori halandóság alakulása és okai. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1933/7. 479-495.

Szél Tivadar 1936a: Gümőkórhalandóság és foglalkozás. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1936/3.

Szél Tivadar 1936b: *A gyermekági lázas halandóság alakulása Budapesten*. Budapest, Szföv. Statisztikai Hivatala.

Szél Tivadar 1937: A csecsemőhalandóság újabb alakulása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1937/10.

Szél Tivadar 1939a: Az új rákbetegségek felvétel és a rákstatisztika újabb eredményei. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1939/1. 32–52.

Szél Tivadar 1939b: Az érzelmeszedés és következményei a statisztika tükrében. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1939/7. 795–812.

Szél Tivadar 1939c: A csecsemőhalandóság újabb alakulása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1939/9.

Szél Tivadar 1940a: A gümőkórhalandóság újabb alakulása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1940/7.

Szénásy József 1930: Rögtörés a preventív egészségügy tarlóján. *Orvosszövetség*, 1930/4.

Szénásy József 1931: A magyar anya- és csecsemővédelem. *Any- és Csecsemővédelem*, 1931/1. 12-17.

Szénásy József – Solth-Schubert Károly 1934: *Újabb irányok az anya- és csecsemővédelemben*. Kalocsa, Országos Stefánia Szövetség.

Szentkirályi Zsigmond – Szentkirályi Irma 1941: A kassai cigányok veneriás fertőzöttsége. *Népegészségügy*, 1941/7.

Szép Jenő: Az antiveneriás küzdelem és a cigánykérdés tekintettel a fővárosra *Népegészségügy*, 1944/4.

Tangl Harald 1941: A golyva elterjedtsége Magyarországon. *Népegészségügy*, 1941/24. 1542–1551.

*Tájékoztató az anya- és csecsemővédelem kérdéséhez.* Budapest, 1932.

Temesváry Rezső 1916: *Az anya- és Csecsemővédelem.* Budapest.

Thirring Lajos 1926a: Nagyobb városok gümőkórhalálózása. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1926/9. 550–552.

Thirring Lajos 1926b: A csecsemőhalandóság alakulása a nagyvárosokban. *Magyar Statisztikai Szemle*, 1926/9. 547–549.

Tomcsik József 1932: A diphteria anatoxin védőoltások eredménye Magyarországon. *Népegészségügy*, 1932/22–24.

Tóth István 1933: Tej által okozott typhusjárvány a székesfőváros egyik kerületében az 1932. év tavaszán. *Népegészségügy*, 1933/3. 105–107.

Török Emil 1936: Kiütéses typhus Álmosd és Bagamér községekben. *Népegészségügy*, 1936/22. 1048–49.

Ugron Gábor 1931: Pár szó a szociális és egészségügyi embervédelem racionalizálásáról. *Anyá- és Csecsemővédelem*, 1931/6. 387–393.

Váradi Sándor 1928: Egy magyar falu egészségügyi rajza. *Népegészségügy*, 1928/16–17.

Váradi Sándor 1931: A falu chronikus betegei. *Népegészségügy*, 1931/17. 911–913.

Vidákovich Lajos 1930: Egészségügyi tanulmány Baranya vármegye „ormánysági” egykés községeiről. *Népegészségügy*, 1930/16–24.

Waldbauer Olga 1938: *Budapest levegőjének koromtartalma.* Különnyomat az Egészség 1938. augusztusi számából. Budapest.

Weis István 1926: Tervezet az 1876:XIV. tc. és 1908. évi XXXVIII. tc. némely rendelkezéseinek módosítására vonatkozólag. *Népegészségügy*, 1926/21.

Weiss Emil 1915: *A háború és a venereás betegségek elleni védekezés közegészségügyi és katonavédelmi szempontból*. Budapest.

Wenhardt János 1927: Kórházügy a székesfővárosi viszonyok szempontjából. *Népegészségügy*, 1927/4. 179–192.

Zaitz László 1937: *Budapest csatornázása*. Budapest, Statisztikai Közlemények.

Zalka Ödön 1935: *Rákstatisztika. A székesfővárosi Szent István kórházcsoporthoz 1896–1935. évi boncolási anyaga alapján*. Budapest, Szfv. Statisztikai Hivatala.

Zöld Kereszt. *A Népegészségügy melléklete*. 1935–1944.

Zsakó István 1928: Az elmebetegek családi ápolása mint a falugészségügy fejlesztési tényezője. *Népegészségügy*, 1928/18–19. 941–948.

### ***A disszertáció alapján megjelent saját tanulmányok***

Dögvész és epekörség. A pestis és a kolera Magyarországon a 19. században. *Valóság*, 2004/9. 19–30.

Egészség és politika. Az egészségügyi prevenció Magyarországon a 20. század első felében. *Korall*, 2004/3. 107–137.

Ökológia és egészségügy. A környezet-egészségügyi gondolkodás kialakulása és a környezet-egészségügy állapota Magyarországon a második világháborúig. *Szociológiai Szemle*, 2005/1. 41–59.

Látták, hogy jön? Védekezési kísérletek az első magyarországi kolerajárvány idején. In Faragó Tamás – Öry Péter (szerk.): *Történeti Demográfiai Évkönyv, 2005*. Bp., 2006. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. 79–92.

A nemi betegségek története Magyarországon a 19. századtól a második világháborúig. *Magyar Epidemiológia*, 2005/2. 107–112.

Az ispotálytól a modern kórházig. Kórházak Magyarországon a 19. század végétől a második világháborúig. *Századvég*, 2005/3. 49–82.

A tuberkulózis Magyarországon a 20. század első felében. *Magyar Epidemiológia*, 2006/1. 23–27.

A hastífusz és a vérhas Magyarországon a 20. század első felében. *Magyar Epidemiológia*, 2006/2. 79-82.

A typhus exanthematicus Magyarországon a 19-20. században. *Magyar Epidemiológia*, 2007/1. 17–21.

## Összefoglaló

A magyarországi közegészségügyi intézményrendszer kialakulásában komoly szerepet játszottak a külföldi, nemzetközi minták, külföldi egészségügy-szemléleti áramlatok. A 19. század Európa-szerte a modern közegészségügy intézményrendszerének megjelenését, a közegészségügyi gondolkodás elterjedését hozta. Mindez természetesen együtt járt az orvosi szemlélet modernizálódásával, átalakulásával, a „járványorvoslás” létrejöttével, az orvosok szerep- és az orvosi szemlélet fókuszváltásával, valamint ennek (is) köszönhetően az orvostudomány és a természettudományok „technikai” és „elméleti” fejlődésével.

Az egészségügyi, orvosi szemlélet változása a gyógyítás intézményei, a kórházak szerep- és funkcióváltozásában is megfigyelhető. A kórházak intézménytörténeti fejlődése során fontos mérföldkő volt a szegényügy és a kórházügy kettéválása, majd ennek nyomán a kórház, mint professzionális gyógyító intézmény képének kialakulása. A kórházak az egészségügy professzionális intézményeivé, a gyógyítás központjaivá váltak.

Az 1876-os első magyarországi közegészségügyi törvény fő részei jól jelölik a kialakulóban lévő hazai közegészségügy akkori elsődleges fókuszait, érdeklődési területeit. A környezet-egészségügy előtérbe kerülése az angol közegészségügyi modell hatásaként értelmezhető. A „hivatalos” közegészségügyi szemlélet fókuszváltására az első világháborút követő években került sor. A Johan Goudsblom által a „higiénia demokratizálódása”-ként aposztrofált folyamat lényege, hogy a természettudományi és az orvostudományi ismeretek, technikák professzionalizálódásával lehetővé vált a korábbi általános környezethigiénére irányuló akciók leszűkítése egy-egy adott kisebb problématerületre, jelenségkörre, betegség típusra.

Az első világháború utáni időszak közegészségügyi fejlődésének kapcsán ki kell emelni a Rockefeller Alapítvány fejlesztő, fejlődést katalizáló szerepét, az általa nyújtott minták, módszertani támogatások és nem utolsósorban finanszírozások fontosságát. Kis túlzással kijelenthető, hogy a modern, két világháború közötti magyarországi közegészségügy szakembergárdája az alapítvány ösztöndíjainak, illetve az alapítvány támogatásával létrehozott hazai képző intézmények, szaktanfolyamok tevékenységének köszönhetően állt elő.

## Summary

The evolution of the system of public health institutions in Hungary was strongly affected by foreign and international examples and foreign approaches to healthcare. All over Europe, the 19<sup>th</sup> century saw an emerging institutional system of modern public health and the spread of a public health focussed way of thinking. This naturally entailed the modernization and transformation of doctors' approach, the evolution of “the medicine of epidemics” and a shift of focus of doctors' role and general attitude, and, as a result, a “technical” and “theoretical” development of medical science and natural sciences.

The change of the general healthcare and medical approach is also detected in the modification of the roles and functions of hospitals. The separation of poverty issues and hospital issues was a milestone in the institutional history of hospitals. Another crucial point was the resulting evolution of the concept of the hospital as an institution providing professional healthcare services. Hospitals were thus transformed into institutions of professional healthcare and centres of healing.

The main sections of the first Hungarian Act on Public Health (1876) define the then primary focuses and fields of interest of the evolving field of public health in Hungary. The fact that environmental healthcare came to the fore may be attributed to the effect of the English public health model. In the “official” approach to public health, a shift of focus occurred in the years following World War 1. The core of the process, referred to by Johan Goudsblom as “the democratization of hygiene”, is that – through the professionalization of medical knowledge and techniques – it became possible to focus actions (previously aimed at a general environmental hygiene) to specific smaller problems, phenomena or disease types.

With regard to the contemporary development of public healthcare, the role of Rockefeller Alapítvány (Rockefeller Foundation) as a factor and catalyst of development needs to be emphasized, along with the importance of the example, methodological support and, last but not least, the financial support it provided. With slight exaggeration, it could be said that between the World Wars in Hungary healthcare experts were trained with the support of the Foundation's scholarships or at the Hungarian educational institutions and specialised training programmes supported by the Foundation.